

# DermaMag

La revue de la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie Vénérologie



Biothérapies en primo-prescription  
Séminaire des responsables d'associations  
Journée corrézienne de dermatologie  
Quoi de neuf du côté du CNP-DV ?  
Dans la presse internationale

n° 4  
volume 11  
2023 | Octobre  
Novembre  
Décembre





**La Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie Vénérologie (FFFCEDV)**

La Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie Vénérologie (FFFCEDV) est une association soumise à la loi de 1901. N° SIREN: 421 435 389, agréée auprès du CNFMC pour la Formation Médicale Continue sous le N° 100 054, Siège: Maison de la Dermatologie, 10 Cité Malesherbes, 75009 Paris

**Président:** Marc Reverte  
[dr.reverte@orange.fr](mailto:dr.reverte@orange.fr)

**Rédacteurs en chef:**  
Dr Philippe Beaulieu (*Pontoise*)  
[phbeauli@orange.fr](mailto:phbeauli@orange.fr)  
Dr Christian Derancourt (*Tallard*)  
[dr.c.derancourt@gmail.com](mailto:dr.c.derancourt@gmail.com)

**Comité éditorial:**  
Dr Danielle Bouilly-Auvray (*Dijon*)  
Dr Jean-Paul Claudel (*Tours*)  
Dr Florence Corgibet (*Dijon*)  
Pr Olivier Dereure (*Montpellier*)  
Dr Elisabeth Guinard (*Cahors, Toulouse*)  
Dr Nicole Jouan (*Brest*)  
Dr Michel Le Maître (*Caen*)  
Dr Rémi Maghia (*Brest*)  
Dr Daniel Plantier (*Roubaix*)  
Dr Sixtine de Raucourt (*Caen*)  
Dr Jean-François Sei (*Saint-Germain-en-Laye*)  
Pr Jean-Luc Schmutz (*Nancy*)

**Comité scientifique:**  
Dr Pascale Huet (*Montferrier-sur-Lez*)  
Dr Ève Pépin (*Meulan*)  
Dr Alexiane Dallot (*Le Kremlin-Bicêtre*)  
Dr E. Goujon (*Chalon-sur-Saône*)  
Dr Jean-Yves Gourhant (*Nemours*)  
Pr Pierre Vabres (*Dijon*)

**Dépôt légal:** à parution, 4 numéros par an.

**Tarifs France:**  
Particuliers: 86 euros - Institutions: 163 euros.  
Voir conditions et tarifs complets sur la page d'abonnement insérée dans ce numéro  
**Prix au numéro:** 36 euros.  
Devis institutions: [institutions@jle.com](mailto:institutions@jle.com)

**Dermato Mag** est un journal indépendant avec comité de lecture et sa diffusion est liée aux abonnements. Revue adhérente au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé).  
**ISSN:** 2271-8273. **ISSN (en ligne):** 2272-057X.  
**Commission paritaire:** 0326 T 92203



**Directeur de la publication:**

Gilles Cahn  
Éditeur: John Libbey Eurotext Limited  
30, rue Berthollet, Bât. A,  
94110 Arcueil, France  
Tél.: 01 46 73 06 60  
[contact@jle.com](mailto:contact@jle.com)

**Secrétaire de rédaction:**

Anne Chevalier  
Tél.: +33 (0)7 63 59 03 46  
[anne.chevalier@jle.com](mailto:anne.chevalier@jle.com)

**Secrétaire:** Valérie Toulgoat  
Tél.: +33 (0)7 63 58 96 26  
[valerie.toulgoat@jle.com](mailto:valerie.toulgoat@jle.com)

**Marketing:** Bérengère Brun  
[berengere.brun@jle.com](mailto:berengere.brun@jle.com)

**Département partenariats et publicités**

**Partenariats:** Noëlle Croizat  
Tél.: +33 (0)7 63 59 03 68  
[noelle.croizat@jle.com](mailto:noelle.croizat@jle.com)

Claire Vasset  
Tél.: +33 (0)7 63 58 96 19  
[claire.vasset@jle.com](mailto:claire.vasset@jle.com)

**Publicités:** David Laifer  
Tél.: +33 (0)7 63 59 03 94  
[david.laifer@jle.com](mailto:david.laifer@jle.com)

**Impression:** Corlet, S.A. N° 187254  
Z.I. route de Vire - 14110 Condé-sur-Noireau, France

**Prépresse:** Cairn.info

**Couverture:** Cairn.info

**Photos de couverture:** B. Richert, E. Guinard, M.S. Doutré

**Abonnements:** Abosiris  
Service abonnements John Libbey  
BP 53  
91540 Mennecy - France  
Tél.: +33 (0)1 84 18 10 50  
[abonnements@jle.com](mailto:abonnements@jle.com)

**Copyright© «Dermato Mag».** Tous droits de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.



Papier certifié PEFC (fibres issues de forêts gérées durablement)  
Origine du papier: Allemagne. Taux de fibres recyclées: 0 %  
Eutrophisation: 0,01 kg/T.

**Annonces.** Ker-Sun ; deuxième de couverture : Novartis Pharma ; p. 215 : Moulin Royal ; p. 216 : Lilly ; p. 220 : Pierre Fabre ; p. 244 : MSD ; p. 246 : Alexion ; p. 272 et troisième de couverture : John Libbey Eurotext ; quatrième de couverture : Sanofi

## ÉDITORIAL

- 217 Enfin la possibilité de primo-prescription des biothérapies par les dermatologues  
*Philippe Beaulieu*

## EN DIRECT

- 221 Une époque formidable !  
*Marc Reverte*
- 223 Séminaire des responsables d'association  
Strasbourg, 6 et 7 octobre 2023  
*Marc Reverte*
- 237 En direct de la Journée corrézienne de dermatologie, Brive-la-Gaillarde, 24 juin 2023  
Quel est votre diagnostic ?  
Un cas clinique de Bertrand Richert  
*Nicole Jouan*
- 239 Quoi de neuf du côté du CNP-DV  
*Florence Corgibet, Frédéric Caux*

## COMPTE RENDU DE RÉUNION SCIENTIFIQUE

- 245 Compte rendu de la réunion dermatoses faciales (DEFI)  
Espace du Centenaire, Maison de la RATP, 15 septembre 2023  
*Florence Corgibet, Sandra Ly*

## NEWS DE L'INDUSTRIE

- 247 BOEHRINGER INGELHEIM  
Communiqué de presse  
L'étude EFFISAYIL™ 2 démontre l'efficacité du spésolimab dans la prévention des poussées du Psoriasis Pustuleux Généralisé
- 249 COMMUNIQUÉ LÉO PHARMA- OCTOBRE 2023  
Communiqué de presse  
Nouvelles données à long terme sur l'utilisation d'Adtralza pour traiter la dermatite atopique modérée à sévère

- 250 PFIZER  
Communiqué de presse  
Litfulo® (ritlécitinib) autorisé dans le traitement de la pelade sévère chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus

## LE CLIN D'OEIL HISTORIQUE

- 251 Un nodule du bras chez une future infirmière...  
*Marie-Sylvie Doutré*

## CAS CLINIQUE

- 253 Lésions pustuleuses des jambes aseptiques  
*Elisabeth Guinard*

## REVUE DE PRESSE

- 255 Dans la presse internationale  
*Christian Derancourt*

## REPÉRÉ POUR VOUS DANS L'EJD

- 259 Dans EJD 2023 n°3  
*Michel Le Maître*

## LE MAG CULTUREL

- English corner
- 263 Keep your English up to scratch!  
*Didier Carnet, Jean-Pierre Charpy, Philip Bastable*
- 
- L'art dans la peau
- 265 Les cheveux d'Agnès qui poussent, qui poussent...  
*Rémi Maghia*
- 
- Recette
- 267 Le sarrasin et la galette bretonne (« Kaletez »)  
*Danielle Bouilly*
- 
- À lire...
- 271 Le coin des livres  
*Jean-Paul Claudel*

# NEOSTRATA®

LA SCIENCE D'UNE PEAU PLUS BELLE



## DÉCOUVREZ NOS PEELINGS

- À L'ACIDE GLYCOLIQUE  
DE 20 À 70% DE CONCENTRATION
- AU RÉTINOL  
NE NÉCESSITE PAS DE NEUTRALISATION



LABORATOIRES MOULIN ROYAL COSMETICS

19, av. de Cambridge, 14200 Hérouville St-Clair • [contact@moulinroyal.com](mailto:contact@moulinroyal.com) • 02.31.44.46.51

taltz®  
(ixékizumab)  
injectable

PLUS DE 175 000  
PATIENTS

traités en post-commercialisation  
dans le monde <sup>(1)</sup>

6

PLUS DE 6 ANS  
D'AMM

en France\*

5

5 INDICATIONS

psoriasis en plaques,  
rhumatisme psoriasique  
et spondyloarthrites  
axiales <sup>(2)</sup>

FORMULATION  
SANS CITRATE

DISPONIBLE

## PSORIASIS EN PLAQUES

• Taltz® est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique. <sup>(2)</sup>

La Commission considère que TALTZ® (ixékizumab) est un traitement systémique de 2<sup>e</sup> ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques de l'adulte en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) à une 1<sup>re</sup> ligne de traitement systémique non biologique (méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine) et éventuellement à la photothérapie. <sup>(3)</sup>

• Taltz® est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'enfant à partir de 6 ans et ayant un poids corporel d'au moins 25 kg et l'adolescent qui nécessitent un traitement systémique. <sup>(2)</sup>

Non remboursable et non agréé aux collectivités dans cette indication à la date du 30/01/2023.

## RHUMATISME PSORIASIQUE

Taltz®, seul ou en association avec le méthotrexate, est indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les patients adultes qui ont présenté une réponse inadéquate, ou une intolérance, à un ou plusieurs traitements de fond (DMARDs) (voir rubrique 5.1). <sup>(2)</sup>

Compte tenu de l'absence de démonstration de la supériorité de l'ixékizumab par rapport à l'adalimumab (anti-TNF) sur un critère de jugement purement articulaire et du recul plus important en termes d'efficacité et de tolérance avec cette classe de médicament, la Commission considère que chez les patients atteints d'un rhumatisme psoriasique actif en échec d'un traitement de fond conventionnel (soit en 2<sup>e</sup> ligne de traitement), les anti-TNF doivent être privilégiés en première intention. La place de TALTZ (ixékizumab) se situe donc principalement après échec d'au moins un anti-TNF (soit en 3<sup>e</sup> ligne et plus). En l'absence de comparaison directe de l'ixékizumab aux autres options thérapeutiques disponibles après échec d'au moins un anti-TNF (anti-interleukines et anti-JAK), sa place par rapport à ces médicaments ne peut être précisée. <sup>(4)</sup>

## SPONDYLOARTHrites AXIALES

• Spondylarthrite ankylosante (spondyloarthrite axiale radiographique) : Taltz® est indiqué dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante active chez les patients adultes, en cas de réponse inadéquate à un traitement conventionnel. <sup>(2)</sup>

• Spondyloarthrite axiale non radiographique : Taltz® est indiqué dans le traitement de la spondyloarthrite axiale non radiographique active chez les patients adultes, avec des signes objectifs d'inflammation, se traduisant par un taux élevé de protéine C réactive (CRP) et/ou de signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), en cas de réponse inadéquate aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). <sup>(2)</sup>

La place de Taltz® (ixékizumab) dans le traitement des patients atteints de spondyloarthrite axiale non radiographique et de spondylarthrite ankylosante actives, ayant répondu de façon inadéquate aux AINS, se situe en 2<sup>e</sup> intention après échec des anti-TNF, compte tenu :

- de l'absence de comparaison aux anti-TNF alors que celle-ci était réalisable, ne permettant pas de préciser sa place par rapport à ces derniers en 1<sup>re</sup> intention, et alors que l'étude COAST-V avait prévu un groupe de traitement par adalimumab,
- et du besoin thérapeutique identifié chez ces patients compte tenu des phénomènes d'échappement, de réponse insuffisante, de contre-indications et d'intolérance aux anti-TNF. <sup>(5)</sup>

TALTZ® est un médicament d'exception (Article R. 163-2 2<sup>e</sup> alinéa du code de la Sécurité Sociale) et sa prescription doit se faire dans le respect de la Fiche d'Information Thérapeutique (FIT).

Déclarez immédiatement toute effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>. Pour une information complète sur le produit, vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>) ou la section « Médicaments et DM » sur le site internet du laboratoire lilly ([www.lilly.fr](http://www.lilly.fr)).

**CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :** Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne, en rhumatologie ou en pédiatrie.

Dans le traitement du psoriasis en plaques chez l'adulte, des spondyloarthrites axiales radiographiques et non radiographiques et du rhumatisme psoriasique, Taltz® est remboursé par la Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception (prescription en conformité avec la FIT) et agréé aux collectivités.

\* date d'AMM : 25 avril 2016.

1. PSUR 08 période du 23 mars 2020 au 22 mars 2021. 2. Résumé des caractéristiques du produit Taltz®. 3. Taltz® : Avis de la Commission de Transparence du 11 juillet 2022. 4. Avis de la Commission de la Transparence du 19 mai 2021. 5. Taltz® : Avis de la Commission de la Transparence du 16 Septembre 2020.

LILLY France S.A.S.

24, boulevard Vital Bouhot - CS 50004 - 92521 Neuilly-sur-Seine Cedex - Tél : 01 55 49 34 34

Société par Actions Simplifiée au capital de 375 713 701 € - RCS 609 849 153 R.C.S. Nanterre

Lilly



# Enfin la possibilité de primo-prescription des biothérapies par les dermatologues

Philippe Beaulieu



Depuis quelques mois, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a consulté différentes sociétés savantes en rhumatologie, en gastro-entérologie, en allergologie, en pneumologie et heureusement en dermatologie pour étudier la possibilité de primo-prescription des biothérapies en médecine libérale dans ces spécialités. C'est enfin acté, suite à la lettre de l'ANSM reçue mi-novembre.


Un certain nombre de classes thérapeutiques a été définie afin de permettre l'initiation des biothérapies en médecine de ville (voir tableau).

Dans le contexte actuel de pénurie de médecins et d'un accès limité aux médecins spécialistes, tant en milieu libéral qu'en hospitalier, c'est une bonne nouvelle ! Cela facilitera l'accès aux thérapeutiques dans des pathologies dont l'impact sur la qualité de vie des patients est important.

Nous vous invitons donc à prendre connaissance du texte de l'ANSM publié récemment.

Nous ne savons pas encore la date de mise en application de cette disposition dans la mesure où certains aménagements doivent être faits, comme pour les notices de prescription de ces molécules qui doivent être rééditées par les firmes pharmaceutiques.

Pour vous aider dans cette primo-prescription, nous vous invitons à participer aux actions de DPC qui vont être mises en place sur cette thématique au sein de l'ODPCDV<sup>12</sup>. Des articles consacrés à ce sujet sortiront prochainement dans *Dermato Mag*.

Je vous souhaite une bonne lecture de ce numéro et de bonnes fêtes de fin d'année. 

**Liens d'intérêts :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

<sup>1</sup>Contact : [www.odpcdv.org](http://www.odpcdv.org)

<sup>2</sup>Joanna Almeida : [odpcdv@gmail.com](mailto:odpcdv@gmail.com)

| <b>Classe</b>     | <b>Médicament</b>  |
|-------------------|--|
| Anti-TNFs         | Remsima, Enbrel et biosimilaires, Humira et biosimilaires, Cimzia et Simponi |
| Anti-IL-1         | Kineret, Ilaris  |
| Anti-IL4-13       | Dupixent   |
| Anti-IL-5         | Nucala, Cinquaero, Farensa   |
| Anti-IL-6         | RoActemra, Kevzara   |
| Anti-IL12-23      | Stelara  |
| Anti-IL-13        | Adtralza   |
| Anti-IL17         | Cosentyx, Taltz, Kyntheum, Bimzelx   |
| Anti-IL-23        | Tremfya, Ilumetri, Skyrizi   |
| Antilymphocytes T | Orencia  |
| Anti-IgE          | Xolair   |
| Anti-TSLP         | Tezspire   |

Abonnez-vous à

# → DermatoMag

- Un comité de rédaction constitué de spécialistes, comme vous, qui propose des sujets adaptés à votre pratique.
- Des articles de formation didactiques et clairs pour vous permettre une lecture rapide et efficace.
- Les actualités de la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie.

4 numéros par an + 9 années d'archives en ligne

## BULLETIN D'ABONNEMENT

- Je désire m'abonner pour un an à *Dermato Mag*  
 à partir du numéro en cours     à partir du numéro 1/2023

Tarifs 2023

|             | Particuliers                   |                               | Institutions                   |                                |                                |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|             | Papier + @                     | @ seul*                       | Papier                         | Papier + @*                    | @ seul*                        |
| France - UE | <input type="checkbox"/> 86 €  | <input type="checkbox"/> 79 € | <input type="checkbox"/> 143 € | <input type="checkbox"/> 163 € | <input type="checkbox"/> 155 € |
| Autres pays | <input type="checkbox"/> 127 € | <input type="checkbox"/> 79 € | <input type="checkbox"/> 179 € | <input type="checkbox"/> 198 € | <input type="checkbox"/> 155 € |

Attention, si vous optez pour le tarif « Particuliers », l'abonnement et le règlement doivent être au nom d'une personne physique.  
 \*Tarifs ci-dessus valables pour les institutions de moins de 20 utilisateurs ou de moins de 1 000 FTE (voir ci-contre)

## VOS COORDONNÉES

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Service : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
 E-mail : (Indispensable pour l'accès Internet) \_\_\_\_\_

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.

**Abonnement « Institutions »** : établissements de moins de 20 utilisateurs ou Employés temps plein (FTE) < 1 000

Adresse mail du contact (Indispensable) : \_\_\_\_\_

Accès au choix :  Par login/mot de passe  
 Par reconnaissance adresse IP

Adresse IP : \_\_\_\_\_

## PAIEMENT

Ci-joint mon règlement d'un montant de : \_\_\_\_\_ €

- par chèque à l'ordre de **John Libbey Eurotext**  
 par virement bancaire à réception de la facture  
 par carte bancaire :

Visa     Eurocard / Mastercard

N°

Date d'expiration

Cryptogramme visuel

Signature : \_\_\_\_\_

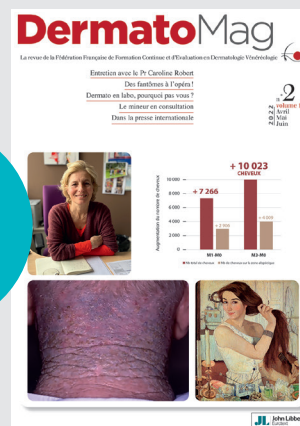
Je souhaite recevoir une facture acquittée pour ma déclaration de frais professionnels.

• N° TVA (obligatoire pour les institutions) : \_\_\_\_\_

**PAIEMENT DÉMATÉRIALISÉ** sur le site [www.dermatomag.com](http://www.dermatomag.com) > onglet S'abonner

**BULLETIN D'ABONNEMENT** à retourner ...

aux Éditions **John Libbey Eurotext** - Bâtiment A - 30, rue Berthollet / 94110 Arcueil - France  
 Tél. : 33 (0)1 46 73 06 60 • [contact@jle.com](mailto:contact@jle.com) • [www.jle.com](http://www.jle.com)



## CONDITIONS D'ABONNEMENT

4 numéros par an

Les frais de port sont inclus dans ces tarifs.

• **Abonnements au tarif « Particuliers »**  
 Si vous optez pour ce tarif, l'abonnement et le règlement doivent impérativement être au nom d'une personne physique. Le paiement ne peut émaner d'une institution, d'une société commerciale ou d'une association.

### ▼ Accès à la version online

Vos codes d'accès (login et mot de passe) vous seront envoyés par e-mail à l'adresse indiquée ci-contre. Si vous ne nous avez pas indiqué d'e-mail lors de votre abonnement vous pouvez activer votre compte directement sur le site à l'aide de votre numéro d'abonné (cf facture).

### • Abonnements au tarif « Institutions »

#### ▼ Papier seul

Ce tarif concerne tout abonnement souscrit et payé par une personne morale : administration (service hospitalier, laboratoire de recherche, université, etc.), bibliothèque, association, société commerciale, industrie de santé, établissement de soins, cabinet médical.

#### ▼ Papier + online

Le tarif indiqué ici s'applique uniquement pour les centres hospitaliers non universitaires (CH), les cliniques, les cabinets médicaux, les associations, etc.

L'accès est limité à un seul établissement de moins de 20 utilisateurs ou justifiant d'un FTE inférieur à 1 000 sur un site géographique.

Pour ces institutions, l'accès est proposé au choix : soit par login/mot de passe (ceux-ci vous seront envoyés à l'adresse e-mail spécifiée dans le bulletin d'abonnement ci-contre), soit par adresse IP.

Une licence spécifique sera exigée pour les CHU, universités, centres de recherche (Inserm, Cnrs, Inra, etc.) ou les entreprises privées (industrie pharmaceutique, etc.). La version complète de cette licence est proposée sur notre site : [www.jle.com](http://www.jle.com) (rubrique : Services / Licence).

Pour obtenir un devis personnalisé, ces institutions doivent contacter les agences spécialisées ou notre service commercial : [institutions@jle.com](mailto:institutions@jle.com).

Retrouvez votre revue sur [www.dermatomag.com](http://www.dermatomag.com)



Traitement topique de la kératose actinique non hyperkératosique et non hypertrophique (grade Olsen I à II) du visage, des oreilles et/ou du cuir chevelu chez l'adulte

Tolak est susceptible d'être une alternative à la cryothérapie en cas de lésions multiples dans cette indication. Sa place dans la stratégie thérapeutique ne peut être précisée par rapport aux autres alternatives disponibles.<sup>1</sup>

# TOLAK<sup>®</sup>

Fluorouracile 4%  
Crème

**Kératoses actiniques :**  
il y a celles que vous voyez  
et celles que vous ne voyez pas...

**TRAITER TÔT,  
AU-DELÀ DES  
LÉSIONS VISIBLES**

- Formulation topique du 5-FU à 1 application par jour
- Révèle et traite les lésions non visibles du champ de cancérisation<sup>2</sup>



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur le répertoire des spécialités pharmaceutiques en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

**Conditions de prescription et de délivrance :** Liste I. Remb. Séc. Soc. 15%. Agréé collect. Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

<sup>1</sup>. HAS. Avis de CT Tolak 40 mg/g, crème du 21 octobre 2020.

<sup>2</sup>. RCP relatif à la crème TOLAK 5-FU 4%

# Une époque formidable !

Marc Reverte

■ [dr.reverte@orange.fr](mailto:dr.reverte@orange.fr)



Nous vivons une époque d'incertitude, d'inconfort, de malaise, de mal-être, de transition sans doute.

En un mot, une époque formidable, au sens étymologique de formidable, c'est-à-dire qui inspire de la crainte.

Je n'évoquerai pas la situation géopolitique internationale (ce n'est ni le lieu, ni le sujet) très anxiogène.

Mais je parlerai de ce que nous vivons, nous médecins en général et dermatologues en particulier.

Nous voici coincés entre le marteau et l'enclume.

Marteau qui nous tape dessus par des réformes aberrantes, toujours renouvelées et qui ne règlent rien, des courriers comminatoires mettant en cause notre compétence et notre conscience professionnelle (je pense, bien entendu, à cette lettre insupportable de la Caisse nationale d'Assurance-maladie [Cnam] et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [ANSM] mettant en cause, de manière gratuite, nos prescriptions d'isotrétinoïne), une pénurie chronique de médicaments qui nous perturbe au quotidien et nous empêche d'exercer correctement notre métier (je pense, notamment, à la pénurie de lidocaïne adrénalinée qui rend de plus en plus difficiles les actes de chirurgie au cabinet qui sont pourtant si utiles à nos patients).

Enclume de notre frustration constante de ne pouvoir satisfaire la demande dermatologique actuelle, de devoir faire un tri (quel vilain mot...), d'une démographie médicale qui nous étrangle, de conditions de travail difficiles.

Toutes ces problématiques sont ressorties lors du Séminaire des responsables d'association (SRA) qui a eu lieu à Strasbourg les 6, 7 et 8 octobre.

Nous avons pu y avoir de beaux échanges et des réflexions constructives sur « Comment alléger le poids de son activité » ou « Comment dynamiser son association ».

Vous le verrez sur les propositions qui en sont sorties, il y a matière à s'adapter.

Ces moments d'échange et de convivialité sont notre force. Ils nous permettent de nous rendre compte que nous ne sommes pas seuls, que nous avons les mêmes problèmes, que nous pouvons trouver des solutions communes et, finalement, nous donnent espoir.

## Le mot du président de la FFFCEDV

Cette première partie de l'éditorial a été écrite juste avant de recevoir le courrier de l'ANSM annonçant l'ouverture de la primo-prescription des biothérapies en ville. Cela fait rebondir sur la notion d'espoir.

Il ne fallait pas perdre espoir pour obtenir, enfin, la maîtrise de prescriptions qui révolutionnent le traitement des dermatoses inflammatoires chroniques. Le parcours des patients va ainsi être fluidifié et la prise en charge des pathologies concernées va être accélérée.

Et puis, il fallait rester groupés et solidaires pour que la profession pèse, dégage la solution et décoinçonne la situation... !!!

Continuons à échanger, à nous rencontrer, à trouver des solutions communes.

De belles occasions de le faire vont encore arriver !!!

La plus belle étant notre congrès de la Fédération qui aura lieu en 2024 dans le cadre des Journées provinciales de dermatologie à Brest les 21, 22, et 23 mars.

Réservez cette date.

On vous y attend nombreuses et nombreux.

Très amicalement.



**Liens d'intérêt :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.



**Bimzelx®**  
(bimekizumab)

— LE CHOIX DE L'EXIGENCE —

**METTEZ LE PSORIASIS HORS-JEU**

LE CHOIX ENTRE 2 PRÉSENTATIONS POUR VOS PATIENTS



Inspired by patients.  
Driven by science.

Inspirés par les patients. Guidés par la science.



**STYLO PRÉREMPLI**  
Boîte de 2 stylos préremplis  
de 160 mg de **BIMZELX®**



**SERINGUE PRÉREMPLIE**  
Boîte de 2 seringues préremplies  
de 160 mg de **BIMZELX®**

La dose recommandée pour les patients adultes atteints de psoriasis en plaques est de 320 mg en **deux injections** (160 mg chacune) aux semaines 0, 4, 8, 12, 16 et toutes les 8 semaines par la suite<sup>(1)</sup>. Compte tenu du risque de réaction d'hypersensibilité, il est recommandé de réaliser la première injection sous-cutanée dans une structure de soins adaptée<sup>(2)</sup>.

**BIMZELX® 160 mg, solution injectable en seringue préremplie ou stylo prérempli, est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique.**<sup>(1)</sup>

**Place dans la stratégie thérapeutique**<sup>(3)</sup> : BIMZELX® un traitement systémique de deuxième ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques de l'adulte en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) à une première ligne de traitement systémique non biologique (méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine) et éventuellement à la photothérapie.

Remboursement Sécurité Sociale à 65 %, agrément aux collectivités, limité aux formes chroniques sévères de psoriasis en plaques de l'adulte, définies par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important.

Médicament d'exception : prescription et remboursement en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique en vigueur.



Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en rhumatologie ou en médecine interne.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

Pour une information complète sur **BIMZELX®**, consultez les mentions obligatoires disponibles sur le site internet de la base de données publique des médicaments :

- en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet ([http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php?page=1&choix\\_recherche=medicament&txt\\_caracteres=BIMZELX](http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php?page=1&choix_recherche=medicament&txt_caracteres=BIMZELX)).

Ces informations sont également disponibles sur le site internet [UCB-France](http://www.ucb-france.com).

UCB Pharma SA, capital 82.731.800 €, SIREN 552.079.046, RCS Nanterre, siège social : 420 rue d'Estienne d'Orves - 92700 COLOMBES, France

D-23/0100 - Juillet 2023 - VISA 23/04/62412256/PM/013

(1) RCP BIMZELX®. (2) Avis de la CT BIMZELX® du 09/02/2022 - HAS. (3) Avis de la CT BIMZELX® du 15/03/2023 - HAS.

# Séminaire des responsables d'association

Strasbourg, 6 et 7 octobre 2023

Marc Reverte, coordination

Rédaction : Marie-Hélène Jegou Penouil, Josefina Marco-Bonnet, Cristèle Nicolas, Antoinette Petiot-Roland, Antoine Fauconneau

*Dr.reverte@orange.fr*



Comme tous les deux ans, et avec le soutien institutionnel des laboratoires Galderma, la FFFCEDV a organisé son **Séminaire des responsables d'association (SRA)**.

Cette année, c'est la belle ville de Strasbourg qui nous accueillait.

Après une visite du Parlement européen, situé juste à côté du lieu de nos réunions (où nous avons pu apprendre, entre autres choses, que les pays étaient classés par ordre alphabétique mais dans leur langue, ce qui explique, par exemple, que le drapeau hongrois- Hongrie se dit Magyarorszàg en hongrois- se trouve après celui du Luxembourg), nous avons pu commencer à travailler dans une atmosphère studieuse.



Nous avons débuté en pointant quelques-uns des buts de la FFFCEDV définis dans ses statuts :

- mise en place d'un système d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- fonction d'interprète auprès des structures régionales, nationales ou internationales de FMC ;
- information et perfectionnement des différentes catégories de personnels de santé ;
- publication d'un magazine de formation et d'information sur la dermatologie.



La FFFCEDV compte 73 associations affiliées, réparties sur le territoire métropolitain et outre-mer.

Son conseil d'administration compte 12 membres à peu près harmonieusement répartis sur le territoire.

Les prochains congrès sont fixés pour les trois ans qui viennent :

- Brest (JNPD) en 2024 ;
- Clermont-Ferrand en 2025 ;
- Pau (JNPD) en 2026.

Nous avons, ensuite, essayé de définir les rôles respectifs du président d'une association, du secrétaire et du trésorier.

**Daniel Plantier** a tracé les grandes lignes de la fonction. La présidente ou le président :

- est garant des orientations de l'association et du respect de ses statuts ;
- doit rendre des comptes de ces orientations en AG lors de son rapport moral annuel ;
- représente l'association vis-à-vis des partenaires associatifs, institutionnels ou privé (presse, laboratoires...) ;
- convoque l'AG, le CA, le bureau et les préside ;
- est le représentant légal de l'association et, à ce titre, signe les contrats et les conventions...

**Ève Pépin** nous a rappelé le rôle du ou de la secrétaire :

- déclaration de la création, de l'enregistrement, de la dissolution, des changements d'administrateurs, des statuts ou du siège de l'association ;
- inscription de l'association comme organisme de formation et établissement du bilan pédagogique ;
- convocation de l'AG, du CA ou du bureau et rédaction du compte rendu de séance ;
- suivi des adhésions, des partenaires, des conventions et des contrats en lien avec le président et le trésorier ;
- classement et archivage des dossiers ;
- circulation de l'information dans l'association ;
- transmission à la FFFCEDV des changements de bureau, du listing des membres à jour et du listing des formations...

**Jean-Yves Gourhant** n'a pas pu être là mais a laissé son diaporama à Daniel Plantier.

Le rôle du trésorier ou de la trésorière est donc :

- de comptabiliser les dépenses et les apports par compte ;
- d'encaisser les apports (recettes) ;
- de régler les factures (dépenses) ;
- de tenir un registre des amortissements ;
- de gérer l'épargne ;
- de faire approuver les comptes de l'exercice de l'année fiscale (ce qui a été fait à l'unanimité !).

Pour terminer cette session sur le fonctionnement d'une association, **Céline Graveriau**, présidente de ADLL (Lyon) est venue nous présenter les idées, la méthode et l'exemple de fonctionnement de son association :

- doublement de tous les postes du bureau pour alléger le travail et susciter des envies de rentrer au bureau ;
- organisation de 4 réunions par an avec rappel des actions à venir à chaque réunion ;
- assemblée générale (AG) annuelle ;
- organisation d'une soirée plus festive en juin avec présentation des meilleurs cas cliniques de l'année ;
- envoi de mails réguliers ;
- création d'un groupe WhatsApp et d'un agenda partagé sur gmail pour trouver rapidement une date de libre pour organiser un événement ;

- organisation de soirées de formation de généralistes par zones géographiques ;
- création d'un réseau de téléexpertise pour les urgences carcinologiques dermatologiques ;
- en projet : diffuser le topo destiné aux généralistes, essayer de toucher les généralistes isolés, faire participer des médecins d'autres spécialités aux soirées de formation.



**Me Laure le Calvé**, avocate à Rennes, est venue nous parler de nos obligations vis-à-vis des laboratoires, des délais pour la prise en charge d'une soirée, des conventions à établir...

**Catherine Pannequin** a choisi d'anticiper l'avenir.

Elle a rappelé la réalité démographique : il y a 2 981 dermatologues en France dont 2 124 libéraux ou mixtes.

L'âge moyen est de 53 ans et le taux de féminisation de 72 %. Cent internes sont formés par an.

Les freins et les retards à l'installation entraînent une perte de nouveaux adhérents, une démotivation des adhérents anciens, donc une chute du nombre de participants aux actions de l'association avec à terme le risque d'un désinvestissement de l'industrie...

Alors comment dynamiser son association ?

Mais aussi comment dégager du temps et donc alléger le poids de son activité ?

C'est sous forme de groupes de travail organisés par Catherine Pannequin et animés également par **Marie-Hélène Jegou**, **Antoinette Petiot-Roland**, **Cristèle Nicolas** et **Antoine Fauconnneau** que l'on a tenté de répondre à ces questions.

Il en est sorti une multitude d'idées et chacun peut sans doute puiser une aide dans ces listes de solutions que l'on vous joint.

Nous avons enchaîné sur la certification périodique présenté par **Florence Corgibet** et terminé cette journée bien remplie par l'intervention de **Sarah Pariente** qui nous a parlé de prise de recul au travail.

Les grandes lignes de son exposé, résumées par **Antoinette Petiot-Roland**, sont les suivantes :

« Le fait stressant ou stresser entraîne des pensées qui génèrent elles même des émotions. Cinq négatives (tristesse, colère, peur ou angoisse, surprise, aversion, honte) et une positive (joie). Ces émotions nous font réagir en « pilotage automatique » selon trois voies (la lutte, la fuite, la résignation) qui rejoignent les trois voies du stress.

La méditation en pleine conscience (mindfulness) est un des moyens d'entraîner son esprit à se concentrer sur ce qui dépend de nous (et sur quoi on peut donc agir) et d'arrêter de se focaliser sur ce qui ne dépend pas de nous.

Il est important d'identifier les signes où il est temps de prendre du recul (perte de motivation, absence de solution aux problèmes, être submergé, ne pas travailler efficacement...), signes évoquant un début de burn-out.

Essayer de trouver le bonheur en étant bienveillant pour soi-même (prendre soin de son corps, gérer son temps, ses priorités, mener une vie saine, faire une activité que l'on aime, pratiquer la pleine conscience...).

Le séminaire a été ponctué de séances collectives de méditation, de « pas de côté » nous permettant des pauses de l'esprit très ressourçantes dans ce bouillonnement d'idées et d'échanges suscité par les différentes interventions de ces journées<sup>1</sup>.

Le lendemain matin, **Nicole Jouan** nous a présenté les premières conclusions de l'étude sur le burn-out avec des chiffres impressionnants mais a surtout insisté sur comment lutter contre ce phénomène en nous présentant les JNPD 2024 qu'elle organise à Brest et dont le programme est des plus attrayant ! On vous y attend nombreux.

Puis **Philippe Beaulieu** nous a fait une belle présentation de *Dermato Mag*, avant que **Christian Derancourt** nous donne ses solutions pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins et que **François Schenk** nous livre son expérience de travail avec une assistante.

La matinée s'est terminée par l'intervention de **Josefina Marco-Bonnet** qui nous a dressé un panorama des nouveaux modes d'exercice (voir plus bas).

L'après-midi a été plus « scientifique » grâce aux interventions des Pr Brigitte Dreno, Bernard Cribier et Jean-David Bouaziz qui nous ont parlé respectivement de : « Quoi de neuf dans l'acné », « La rosacée, toujours du neuf » et « Actualités dans la dermatite atopique et le prurigo nodulaire », et des Dr Muriel Creusot et Nadège Lachman qui ont parlé de « PDT » et de « peau sensible ».

Ce programme riche et varié s'est déroulé dans une ambiance très conviviale.

<sup>1</sup> Ressources références : application music care du Dr Stéphane Guetin, Petit bambou (appli de méditation), Christophe André : *Méditer jour après jour*, application Prezens, Dr Sarah Pariente dermatologue : sur linkedin, peut proposer des séances par zoom ou en présentiel. Association d'aide aux professionnels de santé : SPS (écoute psy) maison M. Paris »



Remerciements à celles qui ont concocté ce programme : Antoinette Petiot-Roland, Cristèle Nicolas, Catherine Pannequin, Marie-Hélène Jegou, Nicole Jouan.

Remerciements à Josefina Marco-Bonnet et Antoine Fauconneau qui ont aidé à l'animation d'ateliers et rédigé des résumés d'intervention

Remerciements également à Joana Almeida qui a assuré la logistique avec efficacité.

Remerciements à tous les intervenants qui ont accepté de venir et de donner de leur temps pour leur présentation.

Et remerciements à tous les participants à ce beau séminaire !

## Actualités thérapeutiques dans la dermatite atopique et le prurigo

### Dermatite atopique

Les traitements systémiques actuels de la dermatite atopique (DA) sont : la ciclosporine, le méthotrexate (hors AMM), le dupilumab, le tralokinumab et les anti-JAK (upadacitinib, baricitinib, abrocitinib).

Le dupilumab et le tralokinumab semblent être les traitements à privilégier après la ciclosporine. Quel que soit le traitement systémique envisagé, les traitements locaux (émollients, dermocorticoïdes, tacrolimus topique) doivent être optimisés, l'éducation thérapeutique et soutien psychologique proposés.

Les anti-jak doivent être utilisés avec prudence, en raison du risque de néoplasie et thromboembolique. Ainsi, chez les patients de plus de 65 ans, ou ayant des facteurs de risque d'événement cardiovasculaire ou de cancer, ou présentant un tabagisme (actif ou passé), il est recommandé de les utiliser uniquement en l'absence d'alternative thérapeutique.

Le dupilumab est actuellement en accès précoce chez l'enfant dès l'âge de six mois.

Les molécules prochainement disponibles sont le nemolizumab (anti-IL31) et le lebrikizumab (anti-IL13).

### Prurigo

Le prurigo est désormais reconnu comme une maladie en soi et non plus comme un syndrome. Le « prurigo-maladie » correspond au prurigo nodulaire chronique idiopathique, avec une physiopathologie propre mieux comprise. Il s'agit d'une maladie chronique que les traitements pourront contrôler sans guérison.

Le prurigo concernerait 0,1 % de la population, mais est peut-être sous rapporté/diagnostiqué, touchant principalement les adultes autour de 50-60 ans.

Un bilan minimal est nécessaire pour porter le diagnostic de prurigo avec notamment biopsie cutanée avec IFD, bilan biologique minimal (NFS, bilan rénal, hépatique, sérologies VIH, VHB, VHC) et imagerie selon les signes cliniques (scanner thoraco-abdominopelvien).

La biopsie cutanée est souvent peu spécifique mais permet d'éliminer des diagnostics différentiels, elle montre souvent une fibrose dermique qui est absente dans la dermatite atopique.

La physiopathologie du prurigo comporte deux principaux acteurs : l'immunité avec les lymphocytes Th2 et les interleukines (IL) 4, 13, 31 et le nerf. Le prurigo est ainsi une maladie neuro-immune résultant des interactions lymphocytes/nerf.

Ces deux acteurs sont des cibles thérapeutiques potentielles : anti-IL13, -4, -31 pour l'immunité, traitements ciblant la substance P, les récepteurs aux opioïdes ou de la neurokinine-1 pour la cible « nerveuse ». Les fibroblastes sont également impliqués dans la physiopathologie du prurigo et constituent une cible thérapeutique potentielle.

L'évaluation de la sévérité est importante pour le choix thérapeutique et pour suivre l'efficacité du traitement. Elle peut se faire par un IGA (*Investigator Global Assessment*) prurigo de 0 à 4 en fonction du nombre de lésions et également avec des échelles visuelles analogiques ou numériques de prurit et le DLQI.

Le traitement par dupilumab est un progrès majeur dans la prise en charge, il est actuellement disponible en accès précoce, à la même posologie que dans la DA, et permet environ 80 % d'amélioration à six mois (action progressive). La tolérance est bonne sans les effets secondaires ophtalmologiques constatés dans le traitement de la DA.

Le nemolizumab, qui cible l'IL31, cytokine du prurit, sera bientôt disponible, semble avoir une efficacité similaire.

L'amlitelimab et le rocatinlimab sont deux molécules en développement ciblant l'interaction OX40/OX40L, molécules de costimulation régulant l'interaction cellule dendritique/lymphocytes T. L'inhibition de cette interaction a un effet anti-immunitaire diminuant l'activation de la voie Th2.

Le serlopitant (inhibiteur de la neurokinine-1) et la nalbuphine (agoniste/antagoniste des récepteurs aux opioïdes), sont deux autres molécules prometteuses en développement, ciblant la composante neurologique.

### Maisons médicales clés en main - Plateformes de téléconsultation - Réseaux de téléexpertise

#### Les maisons médicales clés en main

Il faut différencier les maisons médicales de garde (structures assurant la permanence des soins, en relai des autres entités médicales pendant leurs heures de fermeture) des maisons de santé pluriprofessionnelles (regroupement de libéraux professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens qui collaborent étroitement selon le projet de santé qu'ils ont défini).

En juillet 2017, un protocole d'accord URPS/ARS a été mis en place pour subventionner la construction, l'aménagement ou la mise aux normes de locaux ou cabinets médicaux. L'aide peut s'élever jusqu'à 40 % du montant (acquisition et travaux) avec un plafond 200 000 euros. Une majoration de 25 % est possible si le cabinet est en ZIP (zone d'intervention prioritaire) ou ZAC (zone d'action complémentaire).

Au 15 septembre 2023 : 342 projets de cabinets médicaux ont bénéficié de cette aide pour 45 millions d'euros.

L'URPS assure la mise en œuvre en partenariat avec le Cnom, l'ARS et la CPAM. Il faut s'inscrire à une permanence URPS (1/mois). Les référents installation URPS médecins libéraux prennent contact par téléphone et fixe un RDV (visio).

### Notre expérience

Nous voulions ouvrir un cabinet de groupe où pourrait travailler des libéraux médicaux et paramédicaux de façon autonome. Beaucoup d'entre nous étaient installés seuls dans des cabinets-appartements qui n'étaient pas aux normes. Nous avons donc monté une SCI pour acheter les locaux.

Après avoir trouvé le local, nous avons demandé à l'URPS de venir voir pour nous conseiller sur l'achat. L'URPS nous a demandé de monter le dossier. Ils nous ont aidé à le faire puis à le déposer à l'ARS.

L'ARS est venue deux fois dans nos locaux. Nous avons été le premier cabinet de groupe dans les Hauts-de-Seine à bénéficier de cette aide mise en place en 2017. Notre cabinet a ouvert en avril 2018.

En échange, nous nous sommes engagés à :

- être dans une ZIC ou ZAC ;
- être MSU (un seul suffit) ;
- avoir un logiciel métier partagé ;
- affecter les biens immobiliers à usage médical pour 10 ans ;
- employer la somme dans son intégralité dans les travaux d'aménagements ;
- faire les travaux dans les deux ans ;
- apposer une plaque permanente dans la structure avec les logos de l'ARS, l'URPS et le FIR (fond d'intervention régional).

Nous avons reçu la somme totale de 250 000 euros (34 % de l'investissement). Elle a été versée en deux fois (150 000 euros [60 %]) à la signature de la convention et 100 000 euros (40 %) à la fin des travaux). Nous avons dû fournir les devis de mise concurrence et les pièces prouvant le début des travaux.

### Les plateformes de téléconsultation

Plusieurs formes de téléconsultation existent.

- Nous connaissons tous les plateformes type Doctolib ou Qare, où les patients prennent rendez-vous avec leur médecin. Ces plateformes nous mettent en contact avec nos patients et nous réalisons une consultation, avec remise d'ordonnance et une feuille de soin. Ces plateformes sont payées par les médecins sous forme d'abonnements mensuels.
- Il y a aussi une plateforme qui s'appelle Tessam. Il s'agit de téléconsultation à partir d'une cabine avec sept objets médicaux connectés (tensiomètre, oxymètre, otoscope, thermomètre, stéthoscope, dermatoscope et un lecteur de carte vitale). Les données sont sécurisées. Les patients rentrent dans une cabine. Ils sont mis en contact avec un médecin généraliste qui sollicite un

spécialiste si nécessaire. Un compte rendu est imprimé, ainsi que l'ordonnance. Les médecins sont salariés (30 euros/h + 18 euros/consultation [6 à 7 cs/h]).

– Certaines mutuelles offrent un service de téléconsultation à leurs adhérents (Medirect). Il s'agit soit de téléconsultation ou de tchat. Le patient ne choisit pas son médecin. Les médecins sont d'astreintes et ils ont un contrat, ils sont donc des prestataires de service. Les patients sont mis en contact avec un médecin généraliste qui fait appel à un spécialiste d'astreinte si nécessaire. Les médecins peuvent faire des ordonnances valide un mois. Ce n'est pas facturé à la CPAM. Les médecins sont payés à l'heure sur déclaration (110 euros/h en semaine et 130 euros/h le week-end).

### La téléexpertise

La téléexpertise permet à un professionnel de santé (médecin, sage-femme et orthophoniste) de solliciter, à distance par messagerie ou tout autre outil sécurisé, l'avis d'un ou plusieurs professionnels de santé médicaux face à une situation médicale donnée (lecture de diagnostic, analyses, avis sur un traitement...). La question posée et la réponse apportée, hors présence du patient, n'interviennent pas forcément de manière simultanée. Elle est payée 20 euros pour l'expert et 10 euros pour le demandeur. Les médecins ne doivent pas dépasser 20 % de leur activité. Il faut respecter les principes habituels de l'exercice médical. Il faut informer le patient, recueillir son consentement, respecter le secret médical, tenir et conserver le dossier médical. La responsabilité médicale est partagée.

Il existe plusieurs outils de téléexpertise, des sites, des applications ou des messageries sécurisées (liste non exhaustive), par exemple, des outils régionaux (Ortif, Sant&Mob, ORU-PACA, etc.), des plateformes privées (Omnidoc, Rofim, Acetiam, etc.) et des messageries sécurisées (MSSanté, Apicrypt, etc.).

J'ai choisi de vous présenter la plateforme que j'utilise, Omnidoc. Elle est gratuite. On peut limiter les médecins requérants ce qui évite d'être noyé sous les demandes. Les médecins requérants demandent un avis, on est averti par mail. On échange sur la plateforme sous forme de message. Une fois l'avis clôturé, on a toutes les informations pour télétransmettre en dégradé un TE2 et l'échange peut être téléchargé pour être conservé. C'est un moyen de rendre service tout en étant protégé et d'éviter d'engager nos responsabilités en répondant à des sms et des WhatsApp.

### ADL-PDT, une nouvelle source de lumière pour traiter les kératoses actiniques

La daylight-PDT utilise le spectre de la lumière visible, sans se limiter au rouge. Le profil spectral de la lumière du jour couvre complètement le spectre d'absorption de la protoporphyrine 9 (Pp9).

Le méthyle aminolévulinate chlorhydrate (MAL) induit une augmentation du nombre de porphyrines dans les lésions. Ces porphyrines sont constamment produites et activées par la lumière du jour (2 heures), en présence d'oxygène. Elles provoquent une réaction chimique entraînant une mort cellulaire spécifique due aux radicaux d'oxygène.

La Pp9 s'active dès sa formation et est libérée progressivement. Cela ne nécessite ni occlusion ni incubation.

Plusieurs études australiennes et européennes ont montré que l'efficacité avec le MAL+PDT à la lumière du jour n'est pas inférieure à la PDT conventionnelle. La daylight PDT est mieux tolérée, moins douloureuse et a moins d'effets secondaires. Elle est également moins chronophage pour le médecin et le patient.

L'indication de la daylight-PDT est le traitement des KA de grade I et II (légères à modérées) sur le visage et le cuir chevelu. Elle n'est pas approuvée pour les KA grade III (lésions hyperkératosiques), bien qu'un prétraitement de ces lésions pour réduire l'hyperkératose puisse être envisagé.

La daylight-PDT nécessite une température entre 10 et 30 °C. Il faut responsabiliser et éduquer le patient, le rendre acteur de son traitement afin d'optimiser les résultats. Les patients gèrent leurs agendas selon la météo et anticipent leur traitement. Un traitement préparatoire peut être fait (curetage, kératolytique, 5FU, microneedling, laser CO<sub>2</sub>). Le patient doit appliquer un solaire, puis le MAL sur la ou les lésions et sur le pourtour des lésions (en massage et couche de 1 mm). Vingt minutes plus tard, le patient doit s'exposer deux heures.

Cependant, les conditions météorologiques ne sont pas toujours présentes. C'est pourquoi la INDOOR-DL-PDT a été développée.

Pour améliorer l'efficacité et la tolérance de la source lumineuse utilisée pour la PDT, on utilise une lumière blanche. On peut agir sur sa fluence (J/cm<sup>2</sup>), l'irradiance (mW/cm<sup>2</sup>), la longueur d'onde (nm), la distance, l'angle source-cible et la durée de l'illumination. Pour être efficace la DL-PDT nécessite une dose de 4J/cm<sup>2</sup> pendant 2 h et une température minimale de 10 °C, ce qui correspond à un éclairage minimal de 11 000 lux. Le Dermaris est un nouvel éclairage (lumière blanche artificielle) qui peut se substituer à la lumière du jour. Ce sont 4 leds blanches (pas d'IR, pas d'UV) donnant 20 000 lux. Elles permettent une action ciblée sur la Pp9. C'est un produit développé en France par la société Surgiris. Plusieurs études montrent que l'indoor-DL-PDT est aussi efficace que la DL-PDT et qu'elle est quasiment indolore.

La INDOOR-DL-PDT ne nécessite pas de pré-traitement au domicile. On peut faire de la curette ou un laser CO<sub>2</sub> fractionné avant d'appliquer le MAL. Il n'y a pas besoin de solaire car la lampe n'émet pas d'UV. Le patient doit être mis sous la lampe à 4J/cm<sup>2</sup> pendant 120 minutes, il faut donc adopter une position assise sur une chaise confortable. Des pauses courtes sont possibles, pour se rendre aux toilettes. Il faut mettre la lampe à 30 cm de distance à ± 3 cm. La zone de traitement maximale est de 314 cm<sup>2</sup> et 20 cm de diamètre. Le patient doit porter des lunettes de soleil pour le traitement du cuir chevelu et un bandeau sur les yeux lors de l'exposition du visage. Pensez à demander régulièrement au patient comment il va et à vérifier que la position de la zone exposée est toujours optimale par rapport à la lampe.

En traitant les patients, on s'est rendu compte que l'on améliore les signes de photovieillessement avec la PDT. Cela s'explique par le fait que la PDT a un effet direct sur l'épiderme basé sur la photosensibilisation des kératinocytes altérés qui induit une destruction suivie ultérieurement d'une restauration normale. Elle a également un effet indirect basé sur la sécrétion de cytokines IL-6 et TNFα. Après avoir pénétré la membrane basale les MMP-1 et MMP-3 des fibroblastes dermiques dégradent le matériel élastique et stimule une néocollagénèse dans la partie supérieure du derme (collagène de type I

qui réduit les fines rides). Il y a également un remodelage par libération de TGF-B1 dans les kératinocytes, une atténuation des vaisseaux sous épidermiques ce qui diminue l'érythème. L'expression immunohistochimique de la *tumor protein* TP-53 comme marqueur de la carcinogenèse épidermique est réduite après une PDT. C'est un signe d'amélioration de l'élastose solaire.

Il faut choisir la source lumineuse en fonction de la qualité de peau, tout comme pour les KA. Les effets de photorajeunissement de la PDT sont observés avec la PDT conventionnelle, la DL-PDT, l'indoor-DL-PDT mais aussi avec l'IPL-PDT et le QS-PDT.

La PDT est donc un traitement non invasif et efficace pour le rajeunissement de la peau. Elle permet une prise en charge de l'héliodermie, des rides, de la texture cutanée, des télangiectasies et le traitement des KA. Il est nécessaire de connaître les effets secondaires pour les gérer (œdème, érythème, pustules, croutes et douleur) et rassurer les patients même si les réactions sont importantes.

### La rosacée, toujours du neuf

Une étude épidémiologique montre qu'à l'échelle des 27 pays, la rosacée touche 2 % de la population mais si cette enquête se fait lors de l'Oktoberfest, elle touche alors 25 % de la population ! Il faut donc admettre que l'alcool est bien un facteur de risque dans sa survenue et sans contexte en présence d'un rhinophyma puisque l'OR est à 65 ! Même s'il est classique de dire que la rosacée touche les phototypes clairs, n'oublions pas qu'elle est constatée sur des phototypes foncés, chez qui la notion d'érythème est moins évidente spontanément. Enfin, fait peu connu, la rosacée est prurigineuse dans un cas sur trois.

Plusieurs autres facteurs de risques semblent identifier : pendant l'épidémie Covid, le port de masque (de même qu'inducteur d'acné, de mélasma de chéilite sèche), l'utilisation du masque d'apnée du sommeil (induction ou aggravation à valider), la génétique puisque présente chez 46 % des jumeaux homozygotes. Le rôle environnemental reste à définir (en dehors du soleil qui est acté). Aucune comorbidité particulière n'est par ailleurs à retenir, en dehors de la migraine. Notamment pas de lien net entre le glaucome et la rosacée. La consommation de tabac et de café protégerait. Les patients atteints de rosacée présentent moins de carcinomes basocellulaires mais auraient plus de kératoses actiniques et de carcinomes épidermoïdes

Le groupe d'experts ROSCO [1] propose une analyse 2020 de la rosacée par approche phénotypique qui permet d'élaborer l'algorithme thérapeutique. Ils proposent des critères consensuels pour en faire le diagnostic avec tout d'abord des caractéristiques obligatoires (érythème centro-facial persistant, (rhino)phyma), des critères majeurs (flushs, érythèmes papulo pustuleux transitoires, télangiectasies) puis des critères mineurs (sensation de brûlure, de picotement, de peau sèche d'œdème). Le Pr Cribier nous a donc proposé des traitements par symptomatologie.

Concernant l'**érythème**, il faut un traitement vasoconstricteur. En France, seule la brimonidine est disponible (oxymétazoline dans d'autres pays) mais elle n'a pas d'effet sur les télangiectasies et souvent à risque de rebond. On s'oriente vers une approche instrumentale, mais les études ont des niveaux de preuve faibles ou modérés. Les seules conclusions à en tirer concernant l'efficacité, est la nécessité d'un grand nombre de séances (souvent une

dizaine), que le colorant pulsé serait légèrement plus efficace que le ND YAG. Un essai contrôlé a comparé la PDT à l'utilisation de minocycline. Il n'y a aucune différence sur l'érythème. La minocycline fait cependant mieux sur la pustule, et la PDT sur la présence du démodex (grillé). L'acide tranexamique a été proposé en micro-injections intradermiques sur tout le visage (dose totale 5 à 10 mg), 5 sessions sur un mois. Pas de recul au long cours et tolérance non évaluée.

Concernant les **flushs**, le carvédilol, bêtabloquant, a clairement une indication sous accord du cardiologue, à la dose de 6,25 à max 12,5 mg par jour. Il faut abandonner la prescription de clonidine. Le carvédilol peut aussi être utilisée lors d'érythème pudique invalidant, une heure avant événement. Enfin, la toxine botulique à injecter sur tout le visage (0,8 U par point, 40 à 60 points) a son efficacité démontrée.

Concernant la **composante neurovasculaire**, dont les symptômes principaux sont la peau sensible, qui picote, qui brûle, on propose des anti-dépresseurs (gabapentine, prégabaline, duloxétine, amitriptyline), la toxine botulique, des lasers. Quand la rosacée est périphérique (les faces très externes des joues) et non centro-faciale, la paroxétine à 25 mg/j aurait un effet spectaculaire. Reste à analyser l'efficacité des cannabinoïdes.

Concernant les **lésions inflammatoires**, elle provient d'un déséquilibre chronique de l'immunité innée. En anapath, on voit la présence de mastocytes, mais pour autant les antihistaminiques sont inefficaces. Ces lésions inflammatoires sont en partie expliquées par la présence de démodex (Selon le Dr Forton, toute rosacée est une démodécidose) puis l'OR est à 9. Le laser et la PDT sont efficaces par effet mécanique : le démodex est grillé. L'ivermectine topique ou systémique est la seule molécule efficace mais à rechute. Il faut savoir que certains patients font une réaction inflammatoire lors de l'application de l'ivermectine topique qui ne correspond pas à une allergie mais à une réponse inflammatoire suite à la lyse du démodex (comme avec les azolés). Les démodécidoses oculaires peuvent être traitées par pommade à la vitamine A pour l'effet occlusif de la phase pommade.

En dehors de l'action sur le démodex, la doxycycline à la dose de 40 mg en LP serait idéale mais non disponible, de même que du peroxyde de benzoyle micro encapsulé.

La rosacée est toujours une pathologie qui nous réserve des nouveautés.

### Dynamiser les associations

Il faut doubler les postes du bureau pour soulager et éviter l'essoufflement : un président, un vice-président, idem pour secrétaire et trésorier

Pour faciliter les cotisations, ne pas hésiter à passer par HelloAsso qui simplifie la tâche du trésorier et qui génère directement le justificatif

Pour améliorer la communication au sein de l'association :

- créer un groupe WhatsApp mais réservé à certains échanges pour les remplacements, le matériel, la partie loisirs ;
- créer un groupe mail de l'association pour le reste.

Élargir les sujets des réunions au-delà des classiques sujets type biothérapies... Ex : communication non verbale, transidentité, demander aux retraités qu'ils rapportent leurs cas historiques, réunions sur les cas cliniques didactiques, réunion sur la vie professionnelle et le bien-être au travail.

Pour intégrer les internes, savoir quels sujets les intéressent.

Prévoir quelques soirées en visio pour alléger les déplacements.

Organiser des réunions avec les associations dermato voisines géographiquement, ou avec d'autres spécialités

Varié les lieux des réunions en choisissant des endroits moins connus, atypiques.

### **Concernant l'avis général sur les DU de dermatologie qui s'ouvrent aux généralistes**

Tous sont d'accord pour mieux former les généralistes à la dermatologie.

Cependant, l'idéal serait que les libéraux participent à cette formation, voire mieux qu'ils en soient les initiateurs.

L'association lyonnaise nous a rapporté leur expérience à ce sujet : organisation d'une grande soirée où étaient réunis une centaine de généralistes (invités par les dermatologues de leur territoire géographique), avec une formation sur les dermatoses de première ligne qu'ils peuvent prendre en charge. Ce PowerPoint sera disponible pour les associations qui voudraient organiser ce même type de réunion. Pour mémoire, l'Asformed avait fait un magnifique travail de groupe il y a quelques années et avait élaboré ce même type de PowerPoint prêt à l'emploi.

La téléexpertise, lorsqu'elle est régionale, est aussi un excellent moyen de communication entre généraliste et dermatologue. Elle constitue un moyen d'apprentissage et de perfectionnement pour le généraliste. Il faut développer cette activité, qui nous permet aussi d'alléger le poids de notre activité.

### **Aspects juridiques**

Maître Laure Le Calvé, avocate, a évoqué lors du séminaire des responsables d'associations les lois auxquelles nos associations sont soumises. Il s'agit de la loi d'encadrement des avantages LEA et de la loi de transparence. Ces lois sont uniquement françaises et par principe tout est interdit sauf exceptions !

#### **Loi de transparence**

Elle oblige à publier sur le site de la transparence les informations sur les conventions et les bénéficiaires (directs ET indirects), les avantages  $\geq 10$  € TTC et les rémunérations  $\geq 10$  € TTC.

#### **Loi d'encadrement des avantages LEA**

Il y a interdiction générale faite aux entreprises du monde de la santé de procurer ou même d'offrir à tous les professionnels de santé ET aux associations



de PDS des « avantages » en espèce ou en nature de quelque manière que ce soit, directement ou **indirectement**

Un avantage est une notion large qui comprend les rémunérations, les frais, l'hospitalité, les subventions, les dons, les cadeaux, les produits gratuits...

La loi prévoit certaines exclusions et certaines dérogations AVEC formalités (déclaration ou autorisation) donc il faut faire systématiquement des contrats et bien remplir toutes les conditions.

Focus sur les internes : Depuis la loi « *ma santé 2022* » (juillet 2019), l'hospitalité offerte lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel ou scientifique, **en direct à des étudiants ou indirectement par l'intermédiaire d'associations est interdite**. Les docteurs juniors entrent dans le même cadre.

Exemple d'avantages au sens de la LEA : une location de stand entre un laboratoire et une association : c'est un financement direct de l'association mais qui peut entraîner un avantage indirect par exemple s'il sert à payer les repas des participants et pire encore d'étudiants car cela devient une hospitalité indirecte. Il faudrait normalement faire un contrat nominatif entre le laboratoire et chaque participant !

Tout cela étant très complexe pour nos structures !

Les industriels demandent :

- statuts d'association à jour. Il faut bien vérifier dans ceux-ci que l'objet social de votre association permet de réaliser l'activité pour laquelle le financement est sollicité ( recherche? formation?) ou la prestation de services demandée (location de stand par ex). L'objet doit être en lien avec l'activité des membres et l'association doit être habilitée à recevoir des dons ou à percevoir des revenus tirés de ses activités ;
- annonce légale publiée au journal officiel ;
- déclaration à la Préfecture / Tribunal d'instance ;
- lettre de sollicitation, signée du président, décrivant l'objet de la demande de don ;
- le programme de la manifestation avec des précisions sur les horaires, le lieu et les professionnels de santé invités (quelle profession ?).

La responsabilité pénale du respect de la LEA repose sur l'industriel ET le bénéficiaire. Les formalités LEA sont faites par les industriels d'où leurs demandes de documents, informations, garanties, etc.

Que ces tracasseries administratives ne nous empêchent pas de nous réunir, de continuer à nous former et à échanger dans nos associations régionales !



**Liens d'intérêt :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

#### Références :

- 1- Schaller M, Almeida LMC, Bewley A, *et al.* Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea COnsensus 2019 panel. *Br J Dermatol* 2020 ; 182 : 1269-76.

# En direct de la Journée corrézienne de dermatologie, Brive-la-Gaillarde, 24 juin 2023 Quel est votre diagnostic ? Un cas clinique de Bertrand Richert

Nicole Jouan

nicole.jouan@wanadoo.fr

Un homme de 53 ans, retraité, traité pour hypertension artérielle, diabète avec rétinopathie, consulte pour des altérations unguéales des orteils (*figure 1*). Ils sont tous atteints, et à l'examen complet il apparaît que le pouce de la main droite (*figure 2*) présente depuis six mois, outre des anomalies unguéales, une infiltration du repli sus-unguéal (*figure 3*) et une légère limitation de la flexion. Le patient se plaint d'une fatigue générale et signale que sa voix s'est récemment modifiée.

Il porte des lunettes opaques et quand on lui demande de les enlever pour examiner son visage (*figure 4*), le diagnostic s'éclaire...



Figure 1. Atteinte des pieds.



Figure 2. Pouce droit.

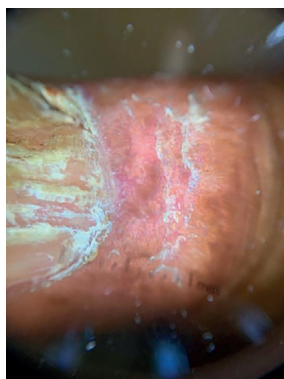


Figure 3. Aspect en dermoscopie.



Figure 4. Visage du patient.

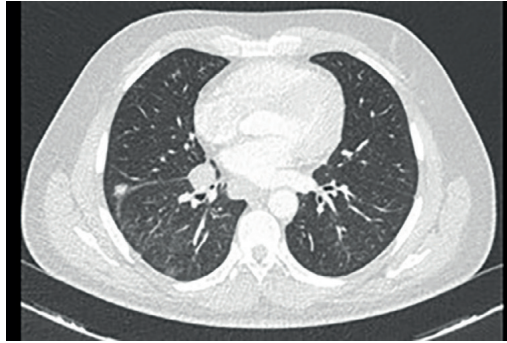


Figure 5. Scanner thoracique.



Figure 6. Érosion des phalanges.

### Quel est votre diagnostic ?

- 1) Amyloïdose
- 2) Sarcoïdose
- 3) Tuberculose
- 4) Mycobactéριοse atypique
- 5) Granulomes annulaires disséminés
- 6) Lupus miliaire

Il s'agit d'une sarcoïdose qui, au bilan, s'avère être systémique.

Le bilan : NFS normale, pas de lymphopénie, CRP : 9 mg/L, VS : 96 mm, tests hépatiques, rénaux, urinaires, normaux, sérologies syphilis et VIH négatives, anticorps antinucléaires 1/80, non spécifiques, IDR : négative. L'enzyme de conversion de l'angiotensine est élevée à 207 U/L (N : 60-120), l'ECG est normal. Les EFR mettent en évidence un léger syndrome restrictif et l'examen ORL objective la paralysie de la corde vocale gauche. La biopsie cutanée confirme le diagnostic. Il existe un syndrome interstitiel et un élargissement des ganglions hilaires au scanner thoracique (figure 5) et une ostéolyse des phalanges à la radiographie (figure 6).

Le patient présente donc une sarcoïdose systémique avec atteinte pulmonaire, atteinte ganglionnaire thoracique occasionnant la compression du nerf récurrent et donc une dysphonie, atteinte osseuse avec ostéolyse acrale, et donc atteinte unguéale.

Il a été traité initialement par corticothérapie générale à la dose de 1 mg/kg.

### À retenir

L'atteinte unguéale de la sarcoïdose est rare : 1,5 % des patients avec sarcoïdose cutanée, mais 93 % des patients avec atteinte systémique.

Les signes unguéaux ne sont pas spécifiques : trachynonychie, onychorrexhis, hyperkératose sous unguéale, onycholyse...

Ils s'accompagnent dans 85 % des cas d'atteinte osseuse à l'imagerie. 🏠

**Liens d'intérêt :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Quoi de neuf du côté du CNP-DV

Florence Corgibet, Frédéric Caux

Pour le CNP-DV  
fcorgibet001@cegetel.rss.fr



Il existe un nouvel organigramme depuis avril 2023.

## Bureau

- Président : Pr Frédéric Caux, CEDEF
- Vice-président : Dr Rémi Maghia, SFD
- Secrétaire générale : Dr Josefina Marco-Bonnet, FFFCEDV
- Trésorière : Pr Martine Bagot, SNDV

## Conseil d'administration

Les mêmes, auxquels s'ajoutent :

- Pr Nicolas Dupin, CEDEF
- Dr Florence Corgibet, FFFCEDV
- Pr Pascal Joly, SFD
- Dr Georges Reuter, SNDV

## Assemblée générale

Il s'agit des mêmes membres que ceux du conseil d'administration, avec, en plus, les présidents des instances :

- Pr Marie-Aleth Richard, CEDEF
- Dr Marc Reverte, FFFCEDV
- Pr Gaëlle Quereux, SFD
- Dr Luc Sulimovic, SNDV

et les délégués :

- du CNU : Pr Marie Beylot-Barry
- du Cnom : Dr Catherine Oliveres-Ghouti

Rappelons que la présidence est alternée en fonction de l'exercice libéral ou hospitalier. La durée de ce mandat est de deux ans, et ce poste n'est pas accessible aux présidents des instances. Dans un an et demi, la présidence sera donc libérale.

Je rappelle aussi que cette instance a deux missions essentielles :

- 1. C'est l'instance sollicitée en priorité par les divers organismes : DGOS, ANSM, HAS, CNOM, CNAM, ANS, AN-DPC... Il s'agit donc de rendre des avis sur des décrets de tous ordres, de rechercher des experts, d'élaborer des intitulés ou des référentiels, de produire des listes de molécules pour la prescription compassionnelle, pour la délégation de tâches, de définir des objectifs nationaux et spécifiques de DPC... Mais cette instance est sollicitée également de plus en plus par les collègues car cette réunion des quatre instances est un espace d'échanges et de parole, visant la défense de la spécialité et de nos professionnels bien sûr dans le respect des prérogatives de chacun.
- 2. Elle doit s'occuper de l'organisation du parcours triennal de DPC et de la certification périodique, avec la construction du référentiel, la validation du parcours triennal, etc.

### Point 1

Citons, parmi les actions les plus récentes du CNP en 2022-2023, les suivantes :

- désignation d'experts pour juger des PHRC, hiérarchiser les nouvelles techniques en biologie infectieuse pour les IST ou en anatomopathologie pour la cancérologie ;
- organisation de la révision de la nomenclature avec sollicitation des nombreux experts pour travailler dans les 7 comités dans lesquels la dermatologie apparaît et suivi de l'avancée des travaux. Merci en particulier à Frédéric Renard, responsable du comité dermatologie, qui effectue un travail remarquable de coordination en lien avec la CCAM ;
- désignation d'experts et gestion du dossier de cotation et remboursement de la microscopie confocale (tumeurs pigmentées dans un premier temps). Remercions le Pr Philippe Bahadoran pour toute l'énergie qu'il a mise dans l'élaboration de ce dossier ;
- gestion du dossier « esthétique » au sens large avec le CNOM : en effet, l'évolution du nombre de praticiens faisant de l'esthétique avec ou sans une formation – bien sûr des médecins généralistes, mais aussi des professionnels aussi improbables que les urgentistes, biologistes, médecins spécialistes en santé publique, pour ne citer qu'eux, voire des non médecins –, est telle que le CNOM a demandé l'élaboration d'un DIU en médecine esthétique afin de n'autoriser la pratique de l'esthétique qu'à ces médecins formés. Le programme et les enseignants de ce DIU est en cours d'élaboration en lien avec les CNP de dermatologie et de chirurgie plastique. Une quarantaine de praticiens seront formés par an. Le Pr Marie-Aleth Richard, le Dr Serge Dahan, président du groupe dermatologie esthétique et correctrice, et le Dr François Will, président du groupe laser, sont particulièrement actifs. Des avis ont été rendus à cette occasion sur des multiples techniques aussi diverses que la toxine botulique, la radiofréquence, le caisson hyperbare, la

cryolipolyse, la dermopigmentation, l'IPL, etc., pour définir quels professionnels peuvent les pratiquer et dans quelles modalités. Là encore Serge Dahan et François Will ont été très impliqués ;

– gestion de la rupture de xylocaïne adrénalinée : malgré des courriers d'avertissement du CNP et du SNDV en 2022, la pénurie annoncée en xylocaïne/lidocaïne adrénalinée s'est confirmée dès le mois d'août 2023. Rappelons que deux laboratoires sont impliqués, le laboratoire Aspen qui commercialise la xylocaïne adrénalinée en flacon de 20 mL, en milieu libéral uniquement, à un prix modique de 3 à 4 euros et le laboratoire Aguetant, qui commercialise la lidocaïne adrénalinée en ampoules de 10 mL, pour le circuit hospitalier uniquement, délivrée en boîte de 10 ampoules. Ces deux circuits sont étanches et ne peuvent se substituer l'un à l'autre, à moins d'une intervention officielle. Devant l'urgence de la situation, le CNP, et surtout son président Frédéric Caux, soutenu activement par François Habib, président du groupe chirurgical, en insistant auprès de l'ANSM par tous les moyens possibles, en appelant directement les laboratoires Aguetant et après tractation avec les pharmacies des hôpitaux, a obtenu, en quelques jours, une décision officielle de rétrocession de la part de l'ANSM. La lidocaïne adrénalinée est donc désormais délivrable ampoule par ampoule sur une ordonnance spécifique uniquement aux patients dans la pharmacie de l'hôpital le plus proche de chez eux. Le patient ne paye rien, mais le praticien ne peut pas se fournir lui-même de cette façon. L'information a été diffusée immédiatement sur le site de l'ANSM et par les canaux de communication de la SFD, de la FFFCEDV et du SNDV. Pour le médecin, le circuit est l'achat en pharmacie libérale par boîte de 10 de lidocaïne adrénalinée Aguetant, l'ampoule ne pouvant être vendue à l'unité. Ce circuit a été mis en place plus tardivement car il nécessitait un changement de code CIP. Le problème est que le tarif est beaucoup plus cher que pour les flacons du laboratoire Aspen, car le remboursement en ville n'étant pas prévu, le tarif est libre, des intermédiaires tels que les grossistes rentrent dans le circuit... En ce qui concerne Aspen, le laboratoire aurait des problèmes avec un sous-traitant devenu incapable de répondre à la demande et est en recherche d'un autre fabricant. La rupture ne serait pas définitive et cela devrait se débloquer à un moment donné. En attendant, nous conseillons d'utiliser de la xylocaïne non adrénalinée encore disponible pour tous les gestes superficiels, donc moins sujets aux saignements.

– prescription d'isotrétinoïne en libéral et tests de grossesse. Vous avez tous reçu cette lettre vécue comme en grande partie infondée de la part de la CCAM et l'ANSM. Le CNP a réagi rapidement en rédigeant un courrier sollicitant un entretien pour demander des explications précises sur les modalités de surveillance de ces examens. Le syndicat des médecins généralistes a également reçu un courrier similaire. Les hospitaliers ne sont pas concernés car, pour des raisons diverses, ils ne sont pas identifiables dans les bases de données exploitées. Il nous a été répondu que ce courrier s'inscrivait dans les missions de l'ANSM et de l'Assurance maladie en termes de santé publique, qu'il s'agirait plutôt d'une sensibilisation et d'un rappel des consignes que d'une véritable remise en cause et que 208 grossesses ont été constatées en 2022 sous ce traitement (entre 160 et 200 grossesses par an exposées à l'isotrétinoïne depuis les 10 dernières années). Il nous a été précisé que cela concernait les femmes en âge de procréer de 15 à 43 ans et lorsqu'il n'a pas été retrouvé tout au long du traitement au moins une fois une absence de remboursement d'un test de grossesse dans les trois jours stricts précédents une prescription. Il semblerait que l'Assurance maladie soit désormais à notre disposition, sur notre demande individuelle, la liste des patientes concernées.

## Point 2

### Y a-t-il du nouveau en ce qui concerne la certification périodique ?

Je rappelle que jusqu'à fin 2022, nous devions remplir sur la plateforme [parcourspro.online](https://parcourspro.online) notre obligation de parcours triennal qui validait sur les trois ans, 2020-2022, nos actions de formation et d'analyse des pratiques. Cinq cents dermatologues ont déjà rempli cette formalité et ont reçu leur validation qui a été transmise automatiquement par la plateforme directement au Cnom. Il n'y a donc pas de démarche particulière à faire, une fois la confirmation par mail de votre validation obtenue. Un nombre assez conséquent d'entre vous a commencé à renseigner ses actions mais n'a pas été jusqu'au bout. **Il serait important que ces dossiers en cours soient validés avant la fin de l'année car le parcours triennal 2023-2025 a démarré, et le risque est que les actions se mélangent. Merci donc de terminer votre parcours.**

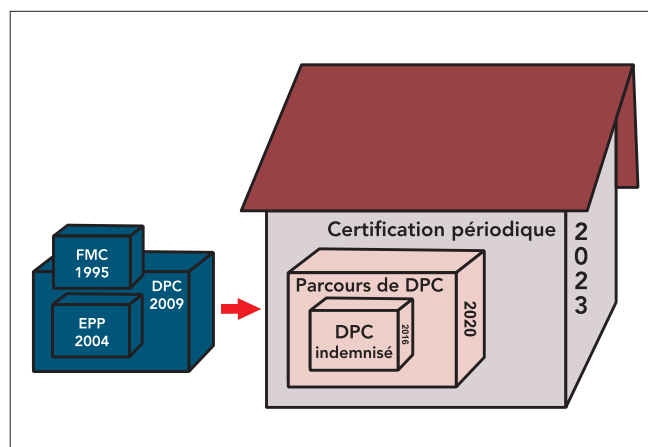
Gardez bien en tête qu'il n'y a pas besoin de fournir les attestations de vos formations tout de suite. Ne renseignez que les actions dont vous êtes sûrs qu'elles ont été réalisées et vous fournirez les attestations en cas d'un **très** improbable contrôle. Il faut bien demander sa validation sinon le dossier reste non validé et bien renseigner ses données personnelles (code RPPS, bon mail, etc.). Il suffit, en trois ans, de renseigner six actions cognitives (formations classiques, journées thématiques, congrès, réunions d'associations...) et une action d'analyse des pratiques (AP), dont au moins un DPC indemnisé. Cette AP semble plus difficile à valider en libéral mais la plupart des DPC, la participation aux RCP (envoi des dossiers indispensables), la participation à une étude type isolib, mélab, la maîtrise de stage, la participation à l'élaboration de recommandations, les responsabilités professionnelles comme le travail réalisé au bureau de votre association...valident cette partie.

Par ailleurs, dans les fonctions d'un CNP, il y a celle de mettre en place un registre des pratiques qui validera justement cette AP pour les personnes qui vont renseigner leurs données. Ce registre est obligatoire pour les spécialités chirurgicales que nous ne sommes pas, mais il semble logique de proposer un registre évaluant notre pratique interventionnelle. Nous avons suggéré **DERMACHIR : un registre de chirurgie ambulatoire des cancers cutanés réalisé par les dermatologues**. Ce registre est soutenu par le groupe chirurgie et le groupe cancérologie de la Société française de dermatologie (SFD), et sera financé par le CNP-DV avec le support technique de la Fédération des spécialités médicales (FSM). Il s'agira d'un recueil exhaustif de tous les cancers cutanés opérés par les dermatologues, les données à renseigner seront celles du compte-rendu opératoire + exérèse complète ou non et les éventuelles complications postopératoires. Pour l'instant, un projet pilote sera mis en place dans six associations géographiques : Strasbourg, Dijon, Brest, Rouen, Caen, Bordeaux, pour lesquelles nous avons obtenu l'implication du président de l'association concernée. Il aura vocation à s'étendre sur tout le territoire si les premiers retours sont encourageants. Des discussions sont en cours avec la FSM pour sa mise en place dans les mois qui viennent.

La certification périodique, en elle-même, reste plus floue car le décret caractérisant son périmètre et les actions à valider sur les six ans 2023-2028 n'est toujours pas sorti. Il est probable que le parcours triennal restera à valider et qu'il sera inclus au sein de la CP mais celle-ci effectivement ne sera pas uniquement la somme de deux parcours triennaux. Les quatre blocs pré-

vus restent d'actualité : formation cognitive, analyse des pratiques, relation médecin/patient, santé au travail.

Pour rappel, est présentée ci-dessous l'évolution de la formation continue demandée aux médecins au cours des années et en fonction des diverses réformes...



Les CNP ont été conviés début octobre 2023 à une réunion avec l'Agence du numérique en santé (ANS), pour nous montrer un projet de plateforme appelé système informatif (SI) recueillant nos actions pour constituer notre dossier de CP. Ce qui est sûr, effectivement, c'est que ce sera l'ANS et non l'AN-DPC qui sera en charge de collecter nos actions. Beaucoup de choses sont à revoir car nos activités spécifiques, par exemple, les responsabilités professionnelles, l'enseignement, les journées de formation, les actions libres ne sont pas prises en compte pour l'instant. La FSM présente à ce rendez-vous va adresser à l'ANS les référentiels que nous avons élaborés afin que toutes ces possibilités soient renseignables. Au total, pas d'échéance prévue mais probablement un calendrier plus précis début 2024.

En attendant, nous ne pouvons que vous conseiller de compléter votre parcours triennal 2020-2022 si ce n'est pas déjà fait (en n'incluant pas les actions réalisées en 2023) et de commencer à emmagasiner vos actions pour le parcours 2023-2025 mais sans les renseigner sur la même plateforme car il est probable qu'il y ait une actualisation 2023-2025 afin d'éviter un mélange de parcours.

Bonne validation et à bientôt pour d'autres nouvelles plus précises, nous l'espérons.



**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.



## NOUVELLES INDICATIONS MÉLANOME

# KEYTRUDA<sup>®</sup>, UNE CLÉ POUR VOS PATIENTS AUX STADES PRÉCOCES ET AVANCÉS

AUX STADES : IIB/IIC - III - IV

Dès 12 ans

KEYTRUDA<sup>®</sup> est indiqué en monothérapie :

- dans le traitement des patients adultes et des adolescents âgés de 12 ans et plus atteints d'un mélanome avancé (non résécable ou métastatique),
- dans le traitement adjuvant des patients adultes et des adolescents âgés de 12 ans et plus atteints d'un mélanome de stade IIB, IIC ou III, ayant eu une résection complète. <sup>(1)</sup>

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

Indications prises en charge *en sus* des GHS et agréées aux collectivités.

Les effets indésirables les plus graves ont été d'origine immunologique, ainsi que des réactions sévères liées à la perfusion justifiant la mise à disposition de Mesures Additionnelles de Réduction du Risque (MARR) destinées à améliorer la connaissance des patients et/ou des professionnels de santé sur les signes et symptômes pertinents permettant la détection/identification précoce de ces effets potentiels. Ces mesures comportent une brochure d'information destinée aux patients et une carte de signalement patient intégrée à cette dernière qui doivent être consultées, expliquées et remises lors de chaque prescription. Plusieurs systèmes d'organes peuvent être affectés simultanément. Des cas sévères et d'issue fatale ont été rapportés. Selon le type et la sévérité de l'effet indésirable, des corticostéroïdes doivent être administrés et KEYTRUDA<sup>®</sup> doit être suspendu ou arrêté définitivement.

KEYTRUDA<sup>®</sup> ne doit pas être utilisé pendant la grossesse ou l'allaitement. Une contraception efficace pendant le traitement et pendant au moins 4 mois après la dernière administration est nécessaire.

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

Avant de prescrire, pour des informations complètes, veuillez consulter le RCP en flashant ce QR code ou directement sur le site <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> ainsi que les documents relatifs aux Mesures Additionnelles de Réduction du Risque (MARR) disponibles sur notre site d'Information Médicale [www.infomed.msd-france.fr](http://www.infomed.msd-france.fr).

Liste I. Médicament réservé à l'usage hospitalier. Prescription réservée aux spécialistes en oncologie ou en hématologie, ou aux médecins compétents en cancérologie ou en maladies du sang. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.



# Compte rendu de la réunion dermatoses faciales (DEFI)

Espace du Centenaire, Maison de la RATP, 15 septembre 2023

Florence Corgibet, Sandra Ly

dr.sandra.ly@free.fr




La création d'un nouveau groupe thématique à la Société française de dermatologie (SFD) constitue toujours un événement intéressant et profitable aussi bien pour les collègues dermatologues que pour les patients, surtout lorsque celui-ci, comme c'est le cas pour ce groupe appelé DEFI, se fixe pour objectif de se préoccuper des maladies dermatologiques concernant le visage : DEFI pour « dermatoses faciales »... Nous sommes tous confrontés à la diversité et la fréquence des atteintes de cette topographie et nous en connaissons bien l'impact majeur dans la qualité de vie des patients qui en sont affectés.

Les objectifs de ce groupe sont de mieux identifier certaines dermatoses faciales difficiles à étiqueter, les possibilités thérapeutiques envisageables dans des situations complexes, proposer ou valider des indications inhabituelles ou alternatives de certains traitements novateurs mais aussi anciens, préciser la place de certaines solutions interventionnelles, etc. Tout dermatologue membre de la SFD à jour de ses cotisations peut devenir membre de ce groupe pour la modique somme de 10 euros (formulaire accessible en ligne sur le site de la SFD à l'onglet « groupes thématiques »). Des anatomopathologistes, membres associés de la SFD, ont également rejoint ce groupe.

Sous la présidence dynamique de Sandra Ly, dermatologue libérale, avec l'aide active du Pr Marie-Beylot-Barry, secrétaire générale, du Dr François Chasset, trésorier, du Pr Olivier Chosidow et du Dr Jean-Michel Amici, vice-présidents, de nombreux projets d'études sur cette thématique sont déjà en

ordre de marche. Des réunions appelées RDD pour « réunion dossiers difficiles » se déroulent en visio quatre fois par an. Chacun, membre ou non du groupe, peut présenter son cas qui est discuté collégalement par l'ensemble des membres présents et se voit proposer des solutions. Là encore, un formulaire de présentation est disponible en ligne sur le site de la SFD afin d'uniformiser les présentations. Un forum organisé par le DEFI, en lien avec le centre de preuves de la SFD aux JDP en 2022, s'est intéressé à l'isotrétinoïne, un article dans les *Annales* sur cette thématique est en cours de publication, un forum cette année fera le point sur certaines topographies plus spécifiques.

La première journée du groupe DEFI s'est déroulée le 15 septembre 2023 à la Maison de la RATP à Paris et a réuni plus de 100 participants et de nombreux exposants de l'industrie que nous remercions vivement de leur soutien. Des problématiques aussi diverses que la dermatite atopique, l'acné, la rosacée, le mélasma, le lupus ont été abordées, des tableaux fréquents en pratique mais mal individualisés comme celui de la dermatose mixte du visage ont été mieux identifiés, une revue bibliographique sur l'acné, la DS et la rosacée a été exposée, un point sur la recherche dans ces domaines a été réalisé. Deux temps forts passionnants : « Que sont-ils devenus ? ». Durant ces deux sessions très riches d'enseignement, l'évolution des dossiers les plus remarquables ou les plus pédagogiques discutés pendant les RDD nous a été révélée avec des résultats parfois spectaculaires, toujours précieux pour notre pratique.

Remercions vivement les experts qui ont animé les sessions (nous ne pouvons pas tous les citer ici) ainsi que les dermatologues, libéraux comme hospitaliers, qui ont exposé leur cas et notre événementiel MCO congrès qui a bien fluidifié l'organisation. Nul doute que cette première journée enrichissante sera suivie d'une édition 2024 et, nous l'espérons, le début d'un rendez-vous annuel attendu. 

**Liens d'intérêt :** Les autrices déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.



# Koselugo®

(sélumétinib)

Gélules de 10 mg & 25 mg

KOSELUGO® est indiqué en monothérapie dans le traitement des neurofibromes plexiformes (NFP) symptomatiques inopérables liés à la neurofibromatose de type 1 (NF1) chez les patients pédiatriques âgés de 3 ans et plus <sup>(1)</sup>

**1<sup>ER</sup> ET SEUL MÉDICAMENT APPROUVÉ  
DANS CETTE INDICATION <sup>(2)</sup>**

**Le Résumé des Caractéristiques du Produit est disponible sur le stand.**

**AMM conditionnelle européenne en date du 17 juin 2021.**

**Conditions de prescription et de délivrance:** Liste I. Médicament soumis à prescription hospitalière. Prescription réservée aux spécialistes en pédiatrie, en dermatologie, en neurologie, en oncologie ou aux médecins compétents en cancérologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.

Non agréé aux collectivités et non remboursable au titre de l'AMM à la date de janvier 2023 (demande d'admission à l'étude)

Pris en charge selon les conditions définies à l'article L.162-16-5-2 du Code de la Sécurité Sociale suite à l'ATU accordée du 14/12/2020 au 30/06/2021 dans l'indication : « traitement des patients pédiatriques âgés de 6 ans et plus, présentant une neurofibromatose de type 1 (NF1) et ayant des neurofibromes plexiformes (NFP) symptomatiques inopérables ». Disponible dans le cadre d'un accès précoce post-AMM (ex post ATU).

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

**Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)**



Pour une information complète, consultez les mentions légales de KOSELUGO® disponibles en flashant ce QR Code, ou directement sur [www.alexionpharma.fr](http://www.alexionpharma.fr)

Le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament est accessible directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

(1) Résumé des Caractéristiques du Produit KOSELUGO®.

(2) HAS. Avis de la Commission de la Transparence de KOSELUGO®, 5 janvier 2022.

FR/KOS-NF1/0031 - 23/01/62124581/PM/001 - Janvier 2023 - abStudio

**ALEXION®**  
AstraZeneca Rare Disease

[reclamations.pharmacovigilance@astrazeneca.com](mailto:reclamations.pharmacovigilance@astrazeneca.com)

[Medinfo.EMEA@alexion.com](mailto:Medinfo.EMEA@alexion.com)

[Quality.France@alexion.com](mailto:Quality.France@alexion.com)

Boehringer Ingelheim

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE****L'étude EFFISAYIL™ 2 démontre l'efficacité du spésolimab dans la prévention des poussées du Psoriasis Pustuleux Généralisé**

- Les données démontrent la supériorité de ce médicament vs placebo dans la prévention des poussées de psoriasis pustuleux généralisé (PPG) jusqu'à 48 semaines.
- La prévention des poussées imprévisibles répond à un besoin important des patients encore non satisfait.
- Ces résultats viennent s'ajouter à ceux de l'étude EFFISAYIL™ 1, qui a démontré une disparition rapide et durable des pustules et des lésions cutanées chez les patients en poussée de PPG traités par spésolimab pendant 12 semaines.

**Septembre 2023** : les dernières données de l'étude EFFISAYIL™ 2 démontrent que le spésolimab réduit significativement le risque de poussées de PPG de 84 % sur 48 semaines *vs* placebo. En outre, cette étude a démontré une absence de poussée après la semaine 4 de traitement par spésolimab dans le groupe à haute dose.

Les poussées de PPG, caractérisées par l'éruption de pustules douloureuses sur tout le corps, nécessitent souvent une prise en charge en urgence et peuvent donner lieu à des complications graves engageant le pronostic vital, telles qu'une septicémie, un choc et une défaillance multiviscérale. En plus de la détresse aiguë causée par la survenue d'une poussée de PPG, le fait de vivre dans l'incertitude quant à l'impact de la prochaine poussée peut avoir des répercussions émotionnelles importantes sur les patients.

Dans l'étude EFFISAYIL™ 2, le spésolimab a démontré un profil de tolérance favorable, avec

une proportion similaire de patients présentant des événements indésirables dans les bras spésolimab et placebo.

**À propos du spésolimab**

Le spésolimab est un nouvel anticorps sélectif humanisé qui bloque spécifiquement l'activation du récepteur de l'interleukine 36 (IL-36R), une voie de signalisation au sein du système immunitaire impliquée dans la pathogenèse de plusieurs maladies auto-inflammatoires, dont le PPG.

Il s'agit du premier traitement autorisé pour les poussées de PPG chez l'adulte à avoir été évalué dans le cadre d'une étude randomisée, contrôlée *versus* placebo et dotée de la puissance statistique nécessaire.

La Haute Autorité de santé (HAS) a accordé une autorisation d'accès précoce post-AMM à SPEVIGO® (spésolimab), en mars 2023. Le spésolimab est également en cours d'évaluation dans le traitement d'autres maladies de peau médiables par l'IL-36.

**À propos du psoriasis pustuleux généralisé (PPG)**

Le PPG est une dermatose neutrophilique systémique rare, chronique, souvent imprévisible et pouvant engager le pronostic vital, qui se différencie du psoriasis en plaques sur le plan génétique et clinique.

Le PPG est dû à l'accumulation de neutrophiles dans la peau, entraînant la formation de pustules stériles douloureuses sur tout le corps. L'évolution clinique est variable, certains patients connais-

sant une maladie récidivante avec des poussées récurrentes, alors que d'autres ont une maladie persistante avec des poussées intermittentes. La sévérité des poussées de PPG est variable mais, si elles ne sont pas traitées, elles peuvent nécessiter une hospitalisation et engager le pronostic vital en raison de complications telles qu'une septicémie et une défaillance multiviscérale. Cette maladie systémique entraîne de lourdes répercussions sur la qualité de vie des patients et représente également un fardeau pour les systèmes de santé. Les données épidémiologiques varient en fonction de la zone géographique, mais les estimations de

prévalence vont de 0,18 à 12,4 pour 100 000, les femmes étant plus touchées que les hommes.



---

**Références :**

1. Lebwohl M, *et al.* Spesolimab for the prevention of generalized pustular psoriasis (GPP) flares: Results from the randomized, placebo-controlled trial Effisayil 2. Abstract presented at the 25th World Congress of Dermatology July 2023, Singapore.
2. Morita A, Choon SE, Bachelez H, *et al.* Design of Effisayil™ 2: A randomized, double-blind, placebo-controlled study of spesolimab in preventing flares in patients with generalized pustular psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2023 ; 13 : 347-359.

Communiqué Léo Pharma- octobre 2023

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

### Nouvelles données à long terme sur l'utilisation d'Adtralza pour traiter la dermatite atopique modérée à sévère

LEO Pharma A/S, un leader mondial de la dermatologie médicale, a présenté de nouvelles données évaluant **l'innocuité et l'efficacité à long terme du traitement continu** par Adtralza® (tralokinumab) sur quatre ans pour la dermatite atopique modérée à sévère chez les adultes.

Les résultats ont été partagés lors de deux présentations orales au 32<sup>e</sup> congrès de l'Académie européenne de dermatologie et de vénéréologie (EADV) à Berlin.

Une réduction d'au moins 75 % de la zone d'eczéma et de l'indice de gravité (EASI-75) a été observée chez 84,5 % des patients, et une EASI-90 chez 64,4 %. Le profil d'innocuité était conforme aux analyses antérieures, et aucun nouveau signal d'innocuité n'a été émis en raison de l'utilisation continue d'Adtralza au cours de la période de traitement de quatre ans.

#### À propos de la dermatite atopique

La dermatite atopique est une maladie chronique et inflammatoire de la peau caractérisée par

des démangeaisons intenses et des lésions eczémateuses. La dermatite atopique est le résultat d'un dysfonctionnement de la barrière cutanée et d'une dérégulation immunitaire, entraînant une inflammation chronique. L'IL-13 joue un rôle important dans les aspects clés de la physiopathologie de la dermatite atopique.

#### À propos d'Adtralza® (tralokinumab)

Adtralza® (tralokinumab) est un anticorps monoclonal entièrement humain de haute affinité développé pour se lier à l'interleukine (IL-13 cytokine). Adtralza se lie spécifiquement à la cytokine IL-13, inhibant ainsi l'interaction avec les sous-unités  $\alpha 1$  et  $\alpha 2$  des récepteurs IL-13 (IL-13R $\alpha 1$  et IL-13R $\alpha 2$ ).

Adtralza est approuvé pour le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère chez les patients adultes et adolescents de 12 ans et plus qui sont candidats à une thérapie systémique dans l'Union européenne, au Canada, en Grande-Bretagne, aux Émirats arabes unis et en Corée du Sud.



Pfizer

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE****Litfulo® (ritlécitinib) autorisé dans le traitement de la pelade sévère chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus****Paris, 3 octobre 2023**

Pfizer annonce l'obtention d'une AMM européenne pour Litfulo® (ritlécitinib), premier et seul traitement chez les adultes et les adolescents de plus de 12 ans atteints de pelade sévère. Litfulo® est un inhibiteur de kinases qui cible notamment la Janus Kinase 3 (JAK-3) et les kinases de la famille TEC.

**Les patients atteints de pelade en recherche de solutions thérapeutiques**

La pelade (*alopecia areata*) est une maladie inflammatoire chronique de la peau, qui touche 1 à 2 % de la population française. Véritable fardeau pour les patients qui en sont atteints, elle se caractérise le plus souvent par une ou plusieurs plaques glabres bien délimitées, de taille variable, sur le cuir chevelu. Elle apparaît dans 70 à 80 % des cas avant l'âge de 40 ans. Cette maladie auto-immune est causée par l'agression des follicules pileux du corps par le système immunitaire. La forme la plus courante se manifeste par une chute de zones entières de cheveux, en plaques. Il en existe aussi d'autres formes, dont la pelade universelle, qui atteint plus largement tous les poils du corps, y compris les cils et les sourcils. Dans 50 à 80 % des cas, les cheveux repoussent d'eux-mêmes après la chute.

La pelade est une maladie pour laquelle il n'existe que peu de traitements, aucune recommandation de prise en charge et l'attente de nouvelles solutions thérapeutiques est forte chez les patients qui en sont atteints.

Particulièrement visible par nature, la pelade peut avoir un impact important sur le quotidien des patients. Selon une étude menée aux États-Unis, 85 % des patients interrogés déclarent que faire face à une pelade sévère est un défi permanent :

- plus d'un patient sur 2 précise que sa pathologie engendre une baisse de l'estime de soi,
- 47 % d'entre eux se déclarent être atteints d'anxiété ou de dépression
- plus de 60 % diminuent leur activité sociale et plus de 50 % leurs interactions amicales,
- 45 % ont déjà été absents au travail ou même quitté leur emploi en raison de leur maladie.

**Litfulo®, un inhibiteur de kinases pour une prise en charge de la pelade sévère**

Litfulo® est le premier inhibiteur de kinases qui inhibe à la fois la JAK-3 mais également les kinases de la famille TEC (de tyrosine kinase exprimée dans la famille des kinases du carcinome hépatocellulaire). Son autorisation par l'EMA se base sur les résultats de l'étude de phase IIb/III « ALLEGRO » qui a permis d'évaluer son efficacité et sa tolérance.

Litfulo® est un traitement oral à prise unique quotidienne pour traiter les adultes et les adolescents de plus de 12 ans atteints de pelade sévère.

Litfulo® devrait être disponible en France courant 2024, après évaluation par la HAS. Le traitement est également en cours d'évaluation pour d'autres maladie(s) inflammatoire(s).

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont : diarrhée, acné, infections des voies aériennes supérieures, urticaire, rash, folliculite et sensations vertigineuses.

**Références :**

King B, Zhang X, Harcha WG, *et al.* Efficacy and safety of ritlécitinib in adults and adolescents with alopecia areata: a randomised, double-blind, multicentre, phase 2b-3 trial. *Lancet* 2023 ; 401 (10387) : 1518-1529.

# Un nodule du bras chez une future infirmière...

**Marie-Sylvie Doutre**

Service de dermatologie, Hôpital Saint-André,  
CHU, Bordeaux  
marie-sylvie.doutre@chu-bordeaux.fr

## L'observation

Cette jeune fille de 18 ans consultait pour une lésion inflammatoire, douloureuse, de la face externe du bras droit évoluant depuis un mois (figure 1).

Elle ne prenait aucun médicament, n'avait aucune manifestation systémique. À l'examen, on notait une adénopathie axillaire homolatérale, de 1,2 cm, sensible au toucher.

La patiente signalait avoir eu une vaccination par le BCG par voie intradermique au niveau du deltoïde droit deux mois auparavant. Elle avait déjà été vaccinée par le BCG lorsqu'elle était nourrisson mais l'IDR à la tuberculine faite avant son entrée en école d'infirmières étant négative, il lui avait été demandé de se faire revacciner.

On évoquait alors une bécégite avec adénopathie satellite non suppurative. Le diagnostic était confirmé par la mise en évidence de *Mycobacterium bovis* dans le liquide de ponction.



Figure 1. Lésion nodulaire, rouge-violacé, de 4 cm de diamètre.

## L'historique

Le BCG (bacille de Calmette et Guérin) est un vaccin vivant atténué protégeant contre la tuberculose avec une efficacité de 75 à 85 %. La première vaccination a eu lieu le 1<sup>er</sup> juillet 1921 à l'Institut Pasteur. En France, elle devenait obligatoire pour tous en 1950, habituellement réalisée à l'âge de 1 à 2 mois. Les complications cutanées du BCG étaient cependant peu fréquentes au regard du nombre très important de sujets qui recevaient cette vaccination, et habituellement bénignes, les facteurs favorisants étant dus à la vaccination elle-même (dose trop élevée, technique d'injection...) ou au sujet lui-même (âge, déficit immunitaire...) [1]. Il s'agissait de complications locales, non spécifiques (infection, granulome, cicatrice...) ou spécifiques (ulcération, abcès, adénite suppurée ou non, réaction lupoiide...), à différencier de la réaction cutanée « normale », à type d'induration ou d'ulcération apparaissant 10 à 15 jours après la vaccination et disparaissant spontanément en quelques semaines. Exceptionnellement, on observait des réactions à distance, également non spécifiques (érythème noueux, exanthème maculo-papuleux, érythème polymorphe...) ou spécifiques (tuberculides papuleuses, bécégites disséminées) [2].

La fréquence de ces complications après revaccination ne paraissait pas statistiquement plus importante qu'après une première vaccination [3].

Il n'y avait pas d'attitude thérapeutique bien définie, un traitement symptomatique ou un traitement antituberculeux étant proposés en fonction de l'importance de la réaction, de sa diffusion et du terrain sous-jacent.

La législation concernant la vaccination par le BCG a évolué ces vingt dernières années. La revaccination en cas de contrôle tuberculinique par IDR négatif n'est plus indiquée depuis 2004 (alors qu'elle n'était déjà plus maintenue depuis plusieurs années dans la plupart des pays européens, son efficacité étant considérée comme faible). Depuis 2007, la vaccination par le BCG n'est plus obligatoire et n'est plus exigée lors de l'entrée des enfants en collectivités. Elle est cependant maintenue pour les enfants âgés de




moins de 5 ans ayant un facteur de risque de tuberculose identifié ainsi que pour tous les nouveau-nés de Guyane et de Mayotte.

Depuis 2016, le vaccin est disponible uniquement dans les structures habilitées à pratiquer des vaccinations groupées (centres de protection maternelle et infantile [PMI], centres de lutte antituberculeuse [CLAT] et centres de vaccination).

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, l'obligation de vaccination de certains professionnels de santé et à l'embauche ou lors de formation est levée, le médecin du travail pouvant cependant la proposer au cas par cas.

Si ce type de réaction post-vaccination ne s'observe donc quasiment plus en France, on peut voir des bécégites localisées ou disséminées

comme complications des instillations intravésicales de BCG, ce traitement étant proposé depuis de nombreuses années pour les cancers non infiltrants de la vessie [4]. 

**Liens d'intérêt :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

#### Références :

- 1- Lotte A, Wasz-Hockert O, Poisson N, *et al.* Complications induites par la vaccination BCG : étude rétrospective. *Bull Union Int Tuberc* 1980 ; 55 : 58-67.
- 2- Dangoisse C, Song M. Conduite à tenir devant les complications cutanées du BCG. *Ann Dermatol Venerol* 1990 ; 117 : 45-51.
- 3- Cuchet E, Templier I, Brion JP, *et al.* Bécégite après une revaccination accidentelle. *Ann Dermatol Venerol* 2004 ; 131 : 1077-9.
- 4- Cabas P, Rizzo M, Giuffrè M, *et al.* BCG infection (BCGitis) following intravesical instillation for bladder cancer and time interval between treatment and presentation : a systematic review. *Urol Oncol* 2021 ; 39 : 85-92.

# Lésions pustuleuses des jambes aseptiques

**Elisabeth Guinard**

Service de dermatologie, CH de Bayonne ; cabinet médical pôle de santé Loratzea, Saint-Pierre-d'Irube

## Observation

Une femme de 77 ans consultait en dermatologie pour des lésions des jambes évoluant depuis plus d'un an (*figures 1 et 2*).

Les lésions évoluaient par poussées successives et avaient conduit à la prescription de plusieurs cures d'antibiotiques et à des soins infirmiers quotidiens. La patiente présentait comme principaux antécédents une obésité, une HTA, un diabète insulino-requérant, une insuffisance veineuse. Elle avait reçu plusieurs lignes de traitements : antibiotiques, antimycotiques, préparation magistrale à base de dermocorticoïdes et pansements divers. L'infirmière qui la suivait pour les plaies nous rapportait l'observation de lésions « acnéiformes » des jambes.

Lors de la venue de la patiente en dermatologie, nous observions des lésions érosives de petite taille ovalaires bien limitées sur les deux jambes bilatérales et symétriques prédominantes sur les faces antérieures des jambes au niveau des tiers médian et inférieur et surmontant un placard érythémateux.

L'aspect clinique nous a fait évoquer le diagnostic de pustulose érosive des jambes.

Une biopsie a été réalisée pour éliminer les diagnostics différentiels, notamment une forme limitée de pemphigoïde bulleuse. Les résultats histologiques ont mis en évidence une pustule au centre du prélèvement, le derme sous-jacent était le siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe avec de nombreux polynucléaires neutrophiles et éosinophiles périvasculaires ; l'ensemble était compatible avec une pustulose érosive des jambes.

Un dermocorticoïde d'activité très forte était prescrit et au bout d'un mois les lésions avaient



**Figure 1.** Lésions érosives de petites tailles ovalaires bien limitées sur terrain d'œdème et d'hypodermite scléreuse chronique.



**Figure 2.** Lésions érosives et décollement superficiel surmontant un placard érythémateux, micropustule.

cicatrisé. Ensuite, une décroissante était initiée sans récurrence à 3 mois du suivi.

## Discussion

La pustulose érosive des jambes est une pathologie relativement rare. Il s'agit d'une pustulose amicrobienne affectant les jambes [1]. Elle touche les personnes âgées, plus spécifiquement

les femmes, avec comme principale comorbidité l'insuffisance veineuse [1, 2]. La clinique et l'histoire se rapprochent de la pustulose érosive du scalp, plus fréquente chez les hommes âgés [3]. La présentation clinique de la pustulose érosive des jambes est celle de plaques érythémateuses des faces antérieures des jambes qui se couvrent de pustules pouvant évoluer vers des érosions et des croûtes [1, 2]. La physiopathologie de cette affection est inconnue, bien que plusieurs hypothèses physiopathologiques aient été suggérées dans la littérature (hypothèse de dermatose neutrophilique, rôle des traumatismes chroniques, association insuffisance veineuse, déficit en zinc, etc.) [4-6]. Des bactéries et des agents fongiques peuvent être mis en évidence mais semblent bien plus être en faveur d'une colonisation secondaire des plaies, voire d'une surinfection [7].

Le traitement repose en premier lieu sur des dermocorticoïdes d'activité très forte, quelques auteurs rapportent également l'efficacité du tacrolimus topique [4, 8]. Une corticodépendance est fréquemment observée, et des rechutes sont fréquentes. En cas d'échec des traitements

locaux, le traitement est mal codifié ; il peut être proposé de la doxycycline, du zinc, la dapsone, le méthotrexate, etc.



**Liens d'intérêt :** L'autrice déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

#### Références :

- 1- Bull RH, Mortimer PS. Erosive pustular dermatosis of the leg. *Br J Dermatol* 1995 ; 132 : 279-82.
- 2- Laningham SW, Cotterill JA. Erosive pustular dermatosis – a common development in atrophic skin. *Br J Dermatol* 1987 ; 117 : 15.
- 3- Seckin D, Gurbuz O, Demirkesen C. Erosive pustular dermatosis of the leg: an overlooked entity? *J Cutan Med Surg* 2009 ; 13 : 160-3.
- 4- Brouard MC, Prins C, Chavaz P, Saurat JH, Borradori L. Erosive pustular dermatosis of the leg: report of three cases. *Br J Dermatol* 2002 ; 147 : 765-9.
- 5- Patton D, Lynch PJ, Fung MA et al. Chronic atrophy erosive dermatosis of the scalp and extremities: a recharacterization of erosive pustular dermatosis. *J Am Acad Dermatol* 2007 ; 57 : 421-7.
- 6- Salavert M, Franck F, Amarger S, et al. Dermatoses pustuleuses érosives des jambes: rôle de la carence en zinc? *Ann Dermatol Venerol* 2006 ; 133 : 975-8.
- 7- Zaccaria E, Cozzani E, Venturino E, et al. Erosive pustular dermatosis of the leg. *Int Dermatol* 2006 ; 45 : 1182-3.
- 8- Dall'Olio E, Rosina P, Girolomoni G. Erosive pustular dermatosis of the leg: long-term control with topical tacrolimus. *Australas J Dermatol* 2011 ; 52 : e15-7.



**Vous souhaitez recruter un médecin pour compléter votre équipe médicale ?**

**Pour une diffusion maximale de votre petite annonce**

- > dans la revue de votre choix parmi toutes nos revues
- > sur notre site [www.jle.com](http://www.jle.com)

- Contactez Corinne Salmon  
**07 63 59 04 06**  
[corinne.salmon@jle.com](mailto:corinne.salmon@jle.com)
- ou connectez-vous sur la rubrique Petites annonces de notre site [www.jle.com](http://www.jle.com)

# Dans la presse internationale

**Christian Derancourt**

Tallard

dr.c.derancourt@gmail.com

## Syndrome alpha-Gal

Ce syndrome, méconnu, est parfaitement décrit et fait l'objet d'une revue très intéressante dans un dernier numéro de la revue bleue américaine ; cette allergie à la viande rouge liée à des IgE dirigés contre le galactose alpha 1-3 galactose, se traduit par des présentations cliniques disparates. Il a commencé à être élucidé dans les suites de réactions sévères aux perfusions d'anticorps monoclonaux comme le cetuximab. Les investigations ont été faites principalement dans des cas cluster du Sud-Est des États-Unis, une région où certaines tiques sont endémiques. En parallèle, des cas australiens de patients représentant une allergie à la viande rouge de mammifères après piqûres de tiques ont été décrits avec également la présence d'IgE anti-alpha 1-3 galactose. Actuellement, on sait que dans certaines régions du sud-est des États-Unis, jusqu'à 20 % des populations à risque peuvent être sensibilisées. Mais la sensibilisation avec présence d'anticorps, nécessaire, n'est pas suffisante pour avoir le tableau clinique. Ce tableau, initialement décrit aux États-Unis, existe aussi actuellement aussi en Amérique centrale, du sud, en Europe, en Afrique ainsi qu'en Nouvelle-Zélande avec différents types de tique impliquées.

Les symptômes cliniques sont la survenue d'urticaire, d'angioœdème et de douleurs abdominales accompagnées de nausées et de diarrhées après consommation de viande rouge. Les adultes sont le plus souvent concernés, mais des cas pédiatriques ont également été décrits. Les manifestations sont assez retardées typiquement deux à six heures après la prise alimentaire, mais peuvent survenir plus rapidement dans une minorité des cas. Il s'agit là des manifestations typiques. D'autres manifestations peuvent être décrites plus rarement comme un prurit fixe, des nodules hypodermiques, des douleurs articulaires, des brûlures isolées de la muqueuse buccale. Des réactivations d'urticaire localisées sur le site des piqûres de tiques ont été également décrites

Les patients rapportent le plus souvent avoir été piqués par des tiques au préalable.

Le diagnostic est un véritable challenge pour les dermatologues qui n'y sont pas habitués puisque de nombreuses étiologies alimentaires peuvent exister dans le cadre d'urticaire accompagnée de signes digestifs.

La confirmation diagnostique est la disparition des symptômes après suppression des viandes rouges de mammifères. On peut également tester les IgE anti-galactose alpha 1-3 galactose qui est le Gold Standard. Les cut-off de sensibilité et de spécificité ne sont cependant pas encore clairement déterminés. Il y a un petit pourcentage de patients qui ont des IgE négatifs ou indéterminés alors que la suppression de la viande rouge entraîne disparition des symptômes. Certains patients n'ont des symptômes qu'en cas de cofacteur comme la prise d'AINS, l'exercice physique, la prise d'alcool, etc. Le taux des IgE n'est pas corrélé à la sévérité des symptômes.

Les principaux diagnostics différentiels sont les autres allergies alimentaires et le syndrome d'activation mastocytaire (SAM) (il peut exister une superposition alpha-Gal/SAM).

La prise en charge repose sur l'éviction de la viande rouge et sur le traitement symptomatique. La plupart des patients devront absolument éviter toutes les viandes rouges. Pour un certain nombre de patients, il faut même éviter la gélatine et les produits dérivés. Des expositions occultes au galactose alpha 1-3 peuvent également jouer un rôle dans la réactivation pour certains patients comme l'exposition à l'héparine, à des enzymes pancréatiques porcines, et à certaines valves cardiaques ainsi que certains vaccins. Enfin, le cetuximab en perfusion peut donner des réactions particulièrement sévères chez ces patients. Parfois, les manifestations peuvent engager le pronostic vital. Des injections d'épinéphrine peuvent être nécessaires chez les patients ayant des manifestations sévères. Les antihistaminiques peuvent suffire pour les patients ayant des manifestations modérées à mineures, il faut parfois y associer des antiémétiques et anti-diarrhéiques. Ces patients doivent également absolument éviter d'être à nouveau mordus par des tiques.



### Référence :

1- Reddy S, Yi L, Shields B, Platts-Mills T, Wilson J, Flowers RH. Alpha-gal syndrome: A review for the dermatologist. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 89 : 750-7.

### Carcinome de Merkel et mélanome

Cette lettre de recherche à partir d'une base de 17 registres de cancer et les résultats du SEER (9 973 cas de carcinome de Merkel) souligne à nouveau le surrisque de mélanome chez les patients qui ont présenté un carcinome de Merkel, de l'ordre de 2,28 fois plus important. Ce surrisque reste élevé pendant 10 ans chez les hommes, et dans l'année qui suit le diagnostic de Merkel chez les femmes. Les auteurs attribuent bien sûr l'augmentation d'incidence chez ces patients à l'exposition aux UV, facteur de risque partagé entre le Merkel et les mélanomes. Il reste à déterminer si le statut du poliovirus, responsable du carcinome à cellules de Merkel, reste un facteur commun.



#### Référence :

1- Ugwu N, Cheraghlou S, Weiss J. Primary Merkel cell carcinoma is associated with increased, extended risk of subsequent melanoma and nonepithelial skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 89 : 1060-1.

### Vaccin anti-HPV intralésionnel dans les verrues récalcitrantes

Cet essai contrôlé randomisé intéressant incluait 50 patients avec des verrues multiples récalcitrantes, randomisés en trois groupes. Un groupe de vaccin quadrivalent pour 20 patients, un groupe de vaccin bivalent pour 20 patients, et un groupe contrôle chez qui a été injecté une solution saline. Tous les patients recevaient des injections de 0,1 mL dans la plus grosse verrue, espacées de deux semaines avec un maximum de cinq injections. La disparition complète était observée chez 18 patients avec le vaccin quadrivalent, six patients chez le vaccin bivalent et aucun patient dans le groupe contrôle. Les auteurs ont du mal à expliquer la plus grosse efficacité du vaccin quadrivalent par rapport au vaccin bivalent dans leurs études. Les effets secondaires ont été tout à fait modérés et transitoires comparables à ceux des programmes de vaccination anti-HPV intramusculaires comme un œdème, de la douleur au site d'injection, un érythème... Ces résultats sont prometteurs pour le traitement des verrues récalcitrantes.

#### Référence :

1- Nofal A, Nofal H, Alwirshiffani E, ElGhareeb MI. Treatment response and tolerability of intralesional quadrivalent versus bivalent human papillomavirus vaccine for recalcitrant warts: A randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 89 : 1051-2.

### Auto-examen et prévention secondaire du mélanome

Cet avis d'auteurs new-yorkais insiste sur l'importance de la promotion de l'autosurveillance et de l'examen en couple pour identifier des mélanomes fins. Leur propos est justifié par une discordance entre les recommandations de l'Académie américaine de dermatologie qui préconisait, en 2018, l'autosurveillance pour tous les individus alors que l'United Preventive Service Task Force (USPSTF) ne retenait pas cette indication en raison d'une insuffisance de preuve de réduction de la mortalité spécifique du mélanome. Les auteurs rappellent que plusieurs études vont pourtant dans ce sens, avec notamment l'une d'entre elles qui montrait que 62,5 % de 128 patients ayant eu un diagnostic de mélanome fin avaient fait un auto-examen dans l'année qui précédait le diagnostic alors que ce taux chutait à 30 % chez les patients ayant un diagnostic de mélanome de plus de 4 mm d'épaisseur. Les auteurs insistent donc fortement sur l'importance de promouvoir l'autosurveillance. Cet avis est à prendre d'autant plus en considération que l'accès au dermatologue devient difficile dans certains pays, dont la France...



#### Référence :

1- Ingrassia JP, Adotama P, Stein JA, Polsky D. Re-examining melanoma secondary prevention and the role of skin self-examination. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 89 : 1085-6.

### Efficacité du baricitinib, inhibiteur de Janus kinases, dans la dermatomyosite cutanée réfractaire

Ce papier rapporte une étude ouverte monocentrique dans laquelle ont été inclus 16 adultes porteurs d'une dermatomyosite, ayant une certaine activité cutanée (CDASI  $\geq$  10) et avec atteinte musculaire malgré des immunosuppresseurs ou une survenue d'une pneumopathie interstitielle associée à la protéine 5 liée au mélanome. Le critère de jugement principal était une diminution du CDASI  $\geq$  5. Parmi les patients traités, 88 % avaient une activité cutanée de la maladie. À trois mois, 90 % des patients avaient une amélioration cutanée significative et après  $1,8 \pm 0,7$  années de suivi, 13 patients étaient toujours sous JAK inhibiteurs. Un patient est décédé mais il avait une pneumopathie interstitielle et deux patients avaient une récurrence de l'atteinte musculaire. Tous les patients avec une atteinte cutanée se sont améliorés. Un patient a développé une maladie thromboembolique et un autre une neutropénie fébrile mais il était

simultanément traité par mycophénolate mofétil. Dans cette étude, le traitement par anti-JAK est associé à une amélioration pour la plupart des patients assez rapide dans les trois premiers mois. Deux autres petites études sont également en faveur de l'efficacité du tofacitinib. Il faut garder en tête le risque d'effets secondaires cardiovasculaires importants de cette molécule (mis particulièrement en évidence dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde), ce qui n'a pas été particulièrement observé dans cette petite étude. À noter que deux essais contrôlés randomisés sont actuellement en cours sur ce sujet.

Bien évidemment, les atteintes cutanées séquelaires n'ont pas été modifiées par l'instauration de ce traitement. Cette observation est en faveur de l'efficacité des inhibiteurs de JAK 1 et 2 dans les atteintes cutanées de la dermatomyosite, y compris en monothérapie. Et d'ailleurs, deux études de phase III sont en cours dans cette indication.

#### Référence :

1- Landon-Cardinal O, Guillaume-Jugnot P, Toquet S, *et al.* JAK inhibitors for the treatment of adult dermatomyositis: A pilot study. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 88 : 924-6.

### Optimisation de la dermoscopie par les UV

Les auteurs ont investigué un nouveau protocole de dermoscopie éclairé et optimisé avec des ultraviolets (365 nm UV led. 10MW/cm<sup>2</sup>). Je ne vous détaille pas la méthodologie de cette étude peu compréhensible, le résultat semblant être que cette technique permet d'optimiser et de mieux visualiser les zones à opérer dans le cadre d'une microchirurgie de Mohs.

#### Référence :

1- Navarrete-Dechent C, Pietkiewicz P, Dusza SW, *et al.* Ultraviolet-induced fluorescent dermoscopy for biopsy site identification prior to dermatologic surgery: A retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 89 : 841-3.

### Onabotulinumtoxin A et sclérodémie systémique

Ce petit essai ouvert est très intéressant puisque la réduction d'ouverture de bouche dans les sclérodémies systémiques peut être handicapante avec peu de possibilités thérapeutiques. Les auteurs ont ainsi effectué un petit essai ouvert auprès de 17 femmes qui ont été traitées par Onabotulinumtoxin A avec 16 unités d'Onaboth sur huit sites différents périlabiaux. L'évaluation a été effectuée à deux semaines et à trois mois après

traitement par une mesure d'ouverture interincisive et interlabiale et aussi une estimation de la qualité de vie. L'hypothèse est confirmée par l'étude avec une nette amélioration et des effets secondaires supportables n'ayant nécessité aucun arrêt du traitement. Bien évidemment, il s'agit d'une étude ouverte sans groupe contrôle dont les résultats méritent d'être confirmés.

#### Référence :

1- Gonzalez CD, Pamatmat JJ, Burningham KM, Yang M, Goff HW. Onabotulinumtoxin A improves oral aperture in patients with scleroderma: A small clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 89 : 952-8.

### Spironolactone et cancer : revue systématique avec meta-analyse

Compte tenu de l'augmentation croissante de l'utilisation de la spironolactone en dermatologie dans l'acné, l'alopecie androgénique, l'hirsutisme et la maladie de Verneuil, les auteurs se sont intéressés aux risques éventuels d'association au cancer, en particulier du sein et de la prostate via une revue systématique. Les bases Cochrane, Embase, et Web of Science ont fait l'objet de requêtes jusqu'au mois de juin 2021 en se restreignant aux publications en langue anglaise. La revue incluait toutes les études qui mentionnaient l'intégration des cancers chez les adultes des deux sexes.

Sept études observationnelles ont été incluses, chacune avec des échantillons allant de 18 035 à 2,3 millions et finalement 4 528 332 individus ont été intégrés dans la revue systématique les hauteurs en stratifiés par sexe. L'ensemble des études était considéré avoir peu de risque de biais et aucune association n'était observée entre l'utilisation de la spironolactone et le risque de cancer du sein.

Il y avait même une association entre l'utilisation de spironolactone et une diminution des risques de cancer de la prostate. Pas d'association avec les risques de cancer de l'ovaire, de la vessie, du rein, de l'estomac ou de l'œsophage. Malgré l'absence de biais dans les études incluses dans cette revue systématique, le degré de fiabilité des résultats semble faible, et les auteurs ont conclu que des études plus importantes sont nécessaires avec des populations diversifiées, y compris des populations plus jeunes. Disposer de ces résultats semble tout de même important à l'heure où l'utilisation de la spironolactone dans la clinique

va être sans aucun doute en France beaucoup plus officialisée...



**Référence :**

1- Bommareddy K, Hamade H, Lopez-Olivo MA, Wehner M, Tosh T, Barbieri JS. Association of Spironolactone Use With Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2022 ; 158 : 275-82.

### Réaction lymphoïde chez des patients traités par dupilumab

Cette série de cas montre 11 patients avec une dermatite atopique assez importante traitée par dupilumab qui ont manifesté, après une réponse favorable initiale, une survenue de nouveaux symptômes avec aspect de peau inflammatoire, sensations de brûlure qui pouvaient mimer un lymphome T cutané. Ces symptômes sont survenus en moyenne quatre mois après l'amélioration initiale. Il est important de noter des aspects histopathologiques particuliers avec une prolifération de petits lymphocytes hyperchromatiques dans la partie supérieure de l'épiderme un rapport CD4 CD8 inversé, une surexpression de CD30 en particulier. Il est bien évidemment recommandé d'interrompre le traitement par dupilumab. Chez ces patients, les biopsies après interruption des traitements montraient une disparition complète de ces aspects histopathologiques sans traitement spécifique de lymphome T, ce qui confirme le caractère bénin. À noter que sur 14 patients qui avaient été initialement inclus, trois étaient porteurs d'un mycosis fongoïde préexistant qui a été diagnostiqué a posteriori, ce qui est également un résultat en soi important de l'étude !

Plusieurs messages pratiques :

- bien s'assurer de la réalité de la dermatite atopique avant d'instaurer un traitement par dupilumab, se méfier des formes particulières comme le montrent ces trois cas exclus d'étude ;
- ne pas hésiter à pratiquer des biopsies devant une réapparition de symptômes, surtout si la pré-

sentation clinique de cette réactivation n'est pas totalement caractéristique d'une dermatite atopique ;

- également informer l'anatomopathologiste de cette entité qui peut être méconnue.

**Référence :**

1- Boesjes CM, van der Gang LF, Bakker DS, *et al.* Dupilumab-associated lymphoid reactions in patients with atopic dermatitis. *JAMA Dermatol* 2023 : e233849.

### Isotrétinoïne et dermite séborrhéique

Cette revue systématique s'est intéressée à l'efficacité de l'isotrétinoïne dans la dermite séborrhéique. Les études ont été incluses jusqu'à mars 2023, et sept études incluant 229 patients ont finalement été retenues. Les principaux résultats sont que l'isotrétinoïne amène des améliorations de la dermite séborrhéique plus importantes que l'itraconazole oral, que les shampooings antifongiques ou les préparations contenant de l'acide acétylsalicylique. Elle entraîne également moins de prurit que l'itraconazole, notamment. Parmi ces études, trois utilisaient des échelles validées de sévérité de la dermite séborrhéique, pour un total de 104 patients. Seuls quatre patients déclaraient peu à pas de bénéfice à l'isotrétinoïne. Les 100 patients restant notaient une amélioration, et 46 considéraient avoir bénéficié d'une excellente efficacité. Les améliorations les plus significatives de la dermite séborrhéique correspondaient à l'atteinte du tronc, suivi du visage puis du cuir chevelu. Le taux de récurrence après l'arrêt était de 11 % à trois mois. Les limites de cette revue sont l'absence d'indication sur les doses optimales qui doivent être validées par des essais contrôlés et également l'absence de recul de plus de trois mois.



**Référence :**

1- King A, Tan MG, Kirshen C, Tolkachjov SN. Isotretinoin for the management of moderate-to-severe seborrheic dermatitis: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2023 ; 89 : 1063-6.

**Liens d'intérêt :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Dans EJD 2023 n°3

**Michel Le Maître**

Colleville-Montgomery  
m.le.maitre@icloud.com



En tant qu'abonné de la Fédération à *Dermato Mag*, vous pouvez bénéficier d'un accès gratuit à la version électronique l'EJD (*European Journal of Dermatology*). Pour ce faire, il suffit d'en faire la demande par mail : [contact@jle.com](mailto:contact@jle.com). Cette rubrique a pour objectif de mettre en valeur certains articles publiés dans l'EJD et, bien sûr,

de vous donner envie de les lire. La sélection est faite sur l'intérêt dans notre pratique clinique quotidienne, mais aussi sur des articles de biologie cutanée, d'immunologie, voire de biologie cellulaire, utiles pour enrichir notre culture générale dermatologique.

J'ai sélectionné, dans ce numéro de décembre de l'EJD, quatre articles de thérapeutique.

Le premier est à lire dans la rubrique « Therapy », les trois autres, plus courts, sont des cas cliniques publiés dans la rubrique « Correspondance »

Les auteurs du premier article appartiennent à l'Université Tsinghua, de Pékin. L'objectif de cette étude rétrospective est de caractériser les réponses cliniques et anatomo-pathologiques à la cladribine en monothérapie, sur la base d'examen en série chez des patients atteints de *Xanthoma disseminatum* (XD).

Le XD est une forme rare d'histiocytose à cellules non langerhansiennes. La première description date de 1938 par Montgomery et Osterberg. Moins de 200 cas de XD ont été rapportés à ce jour. Le XD peut toucher des patients de tout âge. La peau est le siège de papules, jaunâtres à brunâtres, typiques, disséminées, isolées ou groupées. Le XD est une maladie systémique touchant également les muqueuses dans 40 à 60 % des cas, et le système nerveux central, en particulier l'hypophyse et l'hypothalamus chez environ 40 % des patients, et pouvant se compliquer d'un diabète insipide. L'atteinte des voies digestives peut se manifester par une dysphagie. L'atteinte respiratoire peut aller jusqu'à

une insuffisance respiratoire fatale dans des cas sévères. L'atteinte de la cornée, ou de la conjonctive, peut conduire à la cécité.

Sur le plan histologique, on observe une accumulation de cellules géantes multinuclées (cellules de Touton), et d'histiocytes mononuclés au cytoplasme spumeux. L'immunohistochimie permet de distinguer le XD des histiocytoses langerhansiennes.

La cladribine (2-chlorodésoxyadénosine), un analogue nucléosidique de la purine, a été utilisée depuis 2011 pour le traitement de la XD, avec des résultats encourageants et un profil de toxicité satisfaisant.

Les patients diagnostiqués avec une XD dans le département de dermatologie de l'hôpital Tsinghua Changgung de Pékin, entre juillet 2016 et octobre 2020, ont été inclus dans l'étude. Le diagnostic de XD a été basé sur des caractéristiques cliniques et pathologiques typiques, et confirmé par deux dermatopathologistes indépendants. Tous les patients ont été traités en monothérapie par cladribine. Les patients ont tous eu un bilan clinique, un bilan sanguin et les examens nécessaires au dépistage d'une atteinte systémique.

La cladribine a été administrée par perfusion intraveineuse de deux heures, à la dose de 0,14 mg/kg de poids corporel, pendant cinq jours consécutifs, avec un intervalle de traitement d'au moins un mois.

L'évaluation a été faite sur le changement dans l'aspect clinique des lésions cutanées, l'imagerie et l'endoscopie, si elle s'avérait nécessaire. Des biopsies de la peau, réalisées après quatre à six cycles de traitement, dans le même territoire que la biopsie de référence, ont permis de réaliser une évaluation anatomopathologique.

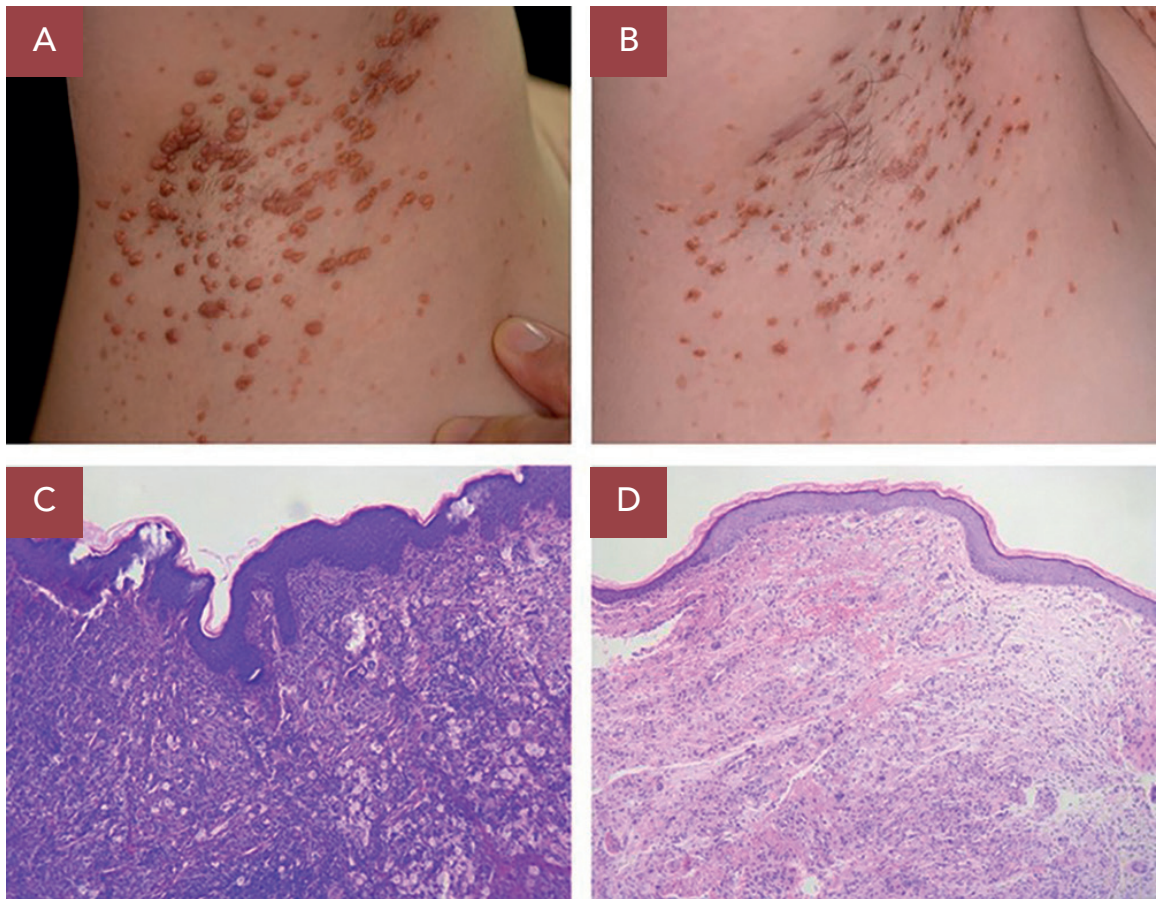
Quatre hommes et une femme ont participé à l'étude. Les résultats, pour chacun des cinq patients, sont présentés en détail. Des photos de qualité illustrent cet article.

Tous les patients présentaient des lésions cutanées étendues et différents niveaux d'atteinte des muqueuses. Des anomalies hypophysaires ont été observées à l'IRM chez deux patients, et un diabète insipide a été diagnostiqué chez l'un d'entre eux.

Tous les patients ont montré une réponse clinique satisfaisante à la cladribine en monothérapie après cinq à 10 cycles.

Les lésions xanthomateuses s'aplatissent progressivement et deviennent beaucoup moins érythémateuses, laissant une cicatrice anéodermique hyperpigmentée.





Examen clinique et histologique du patient 5 au départ (A, C) et après quatre cycles de traitement par cladribine (B, D)

Les auteurs rapportent un changement de modèle anatomopathologique, passant d'une infiltration xanthogranulomateuse classique, avant la chimiothérapie, à une morphologie fibreuse transitoire, indiquant que la réponse anatomopathologique était plus évidente que la réponse clinique, au moment de l'évaluation.

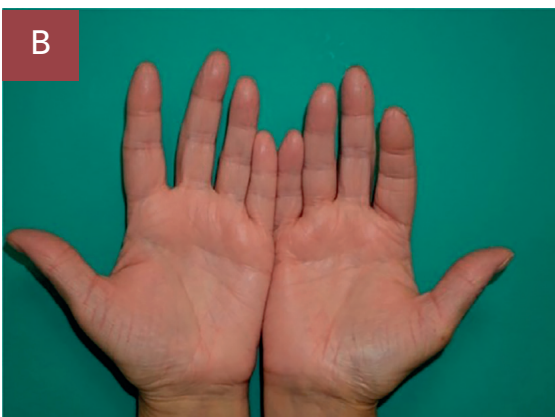
En dehors d'une neutropénie fébrile, aucun effet indésirable notable n'a été identifié. Une disparition durable des lésions a été obtenue chez les cinq patients au cours de la période de suivi, allant de 19 à 66 mois.

La revue de la littérature, effectuée par les auteurs, identifie 10 études rapportant l'application de la cladribine pour le traitement de la XD. En combinant les résultats de la présente étude, un total de 15 hommes et 6 femmes, d'un âge médian de 26 ans, ont reçu 3 à 10 cycles de traitement à la cladribine. Une réponse au traitement a été observée chez la totalité des patients. Pour les auteurs la cladribine est un choix thérapeutique de première ligne raisonnable pour les XD, persistants ou progressifs, adultes ou pédiatriques.

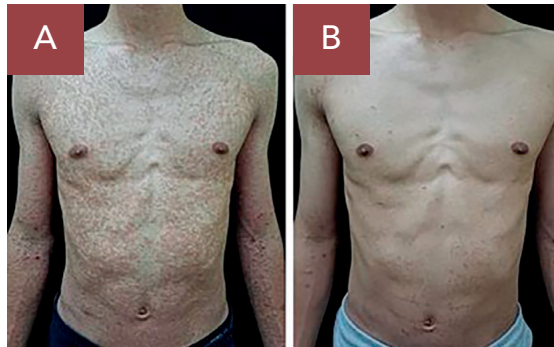
**Référence :**

Zhou EY, Yu F, Wang Y, Bi Y, Tuan H, Huang Y, Wang B, Li J, Yin H, Li L, Zhao Y. Clinical and pathological evaluation of cladribine treatment response in a case series of patients with xanthoma disseminatum. *Eur J Dermatol* 2023 ; 33 : 270-9.

Ce cas clinique, publié par des auteurs espagnols, rapporte l'évolution favorable sous upacitinib d'une patiente souffrant d'un psoriasis palmo-plantaire. L'upacitinib est un inhibiteur réversible de la janus kinase (JAK), qui cible sélectivement JAK1. Cette femme de 51 ans souffrait depuis 14 ans de psoriasis palmo-plantaire et d'arthrite psoriasique, résistante à de multiples traitements systémiques classiques, biothérapies, et PUVAthérapie. Un traitement par tofacitinib, (inhibiteur de JAK 1/3), avait permis d'obtenir des périodes d'amélioration cutanée et articulaire pendant plus de deux ans, mais n'avait jamais abouti à une rémission clinique. L'hyperkératose palmaire bilatérale, plus sévère au bout des doigts, affectait 90 % de la surface des mains. Elle était associée à un psoriasis du cuir chevelu et des coudes. Il existait une arthrite des articulations interphalangiennes distales de tous les doigts et une enthésite bilatérale à l'insertion du fascia plantaire. Compte tenu de la persistance de l'atteinte



A. Psoriasis palmaire se présentant sous forme de plaques de couleur rougeâtre sur les paumes, et de fissures sur les doigts, avant le traitement par upadacitinib. B. Rémission complète du psoriasis palmaire, 24 semaines après le début du traitement par l'upadacitinib.



A. Images papules érythémateuses étendues du tronc, avant le traitement par le dupilumab. B. Légère pigmentation après le traitement.

articulaire, un traitement par upadacitinib a été instauré à la dose de 15 mg/j.

Après 24 semaines de traitement, le psoriasis palmo-plantaire de la patiente avait complètement disparu, pour la première fois depuis le début du suivi. Il était toujours en rémission à la semaine 32. Une amélioration a également été observée pour le psoriasis articulaire.

Pour les auteurs, bien que les indications de l'upadacitinib n'incluent pas le psoriasis, l'inhibition des voies inflammatoires associées à la maladie cutanée, l'action rapide du médicament et son profil sélectif, en font un traitement alternatif potentiel chez les patients atteints de psoriasis concomitant.



A. Une plaque érythémateuse sur la zone temporale bilatérale sans prurit, six mois après la première visite. B. Lésions nodulaires sur la plaque érythémateuse, 11 ans plus tard. C. Après 21 doses de dupilumab, les plaques érythémateuses bilatérales temporales se sont considérablement améliorées.

**Référence :**

Martinez-Molina M, Lluch-Galcerà JJ, Carrascosa JM. Response to upadacitinib in a patient with palmoplantar psoriasis. *Eur J Dermatol* 2023 ;33 : 301-2.


Ce troisième cas clinique, chinois, rapporte le succès d'un traitement par dupilumab chez un patient souffrant d'un pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu.

L'éruption durait depuis trois semaines, et le diagnostic avait été posé sur l'aspect clinique et histologique, montrant une infiltration lymphocytaire périvasculaire dense dans le derme superficiel et le long de la jonction dermoépidermique, avec une hyperkératose épidermique et une parakératose focale. Une spongiose et une nécrose des kératinocytes étaient également présentes. Les recherches virales sont restées négatives. Le patient avait des antécédents d'atopie. On notait un taux élevé d'IgE totales (1 330 UI/mL).

Le traitement initial à base d'antihistaminiques, de glycyrrhizine composée, de corticostéroïdes topiques, de photochimiothérapie et d'érythromycine pendant cinq semaines, s'est avéré inefficace et de nouvelles lésions se sont continuellement formées. Le patient a refusé l'utilisation du méthotrexate.

Un traitement par dupilumab a été initié à une dose de 600 mg, suivie d'une dose de 300 mg après deux semaines. Le patient a reçu un total de trois injections de dupilumab, en même temps que de faibles doses d'ultraviolets B à bande étroite, allant de 500 à 700 mJ/cm<sup>2</sup> (dose totale de 2,7 J/cm<sup>2</sup>).

Une amélioration significative a été observée au cinquième jour. Après trois semaines de traitement par dupilumab, ses lésions ont presque disparu et son taux d'IgE sérique est tombé à 909 UI/mL. Après trois mois de suivi, aucune récurrence n'a été signalée.

Pour les auteurs, il s'agit du premier cas de patient souffrant d'un pityriasis lichénoïde et varioliforme aiguë sévère traité par dupilumab. 

**Référence :**

Zheng Y, Liao L, Yang H, Su H. Successful therapy with dupilumab for pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Eur J Dermatol* 2023 ; 33 : 304-5.

Ce quatrième cas clinique, japonais, rapporte l'évolution favorable d'un pseudolymphome cutané sous dupilumab.


Ce patient de 66 ans était suivi pour une dermatite atopique (DA) ancienne. Une plaque érythémateuse mesurant 2 × 3 cm est apparue sur la zone temporale bilatérale sans prurit. Il n'y avait pas d'antécédent d'infection à *Borrelia*, ni de piqûres de tiques. L'examen histologique a permis de diagnostiquer un pseudolymphome. Des corticostéroïdes topiques ont été appliqués, mais aucune amélioration ou aggravation significative n'est survenue.

La plaque érythémateuse n'a jamais régressé. Onze ans plus tard, le patient consulte pour une augmentation des nodules et de l'épaisseur des plaques érythémateuses.

L'examen histologique et immunohistochimique permet de poser le diagnostic de pseudolymphome cutané à cellules B. Les traitements par corticostéroïdes topiques, minocycline orale et doxycycline orale, ont été inefficaces.

Trois ans plus tard, le dupilumab a été administré pour la DA. L'éruption prurigineuse de la DA est devenue légère après huit injections de dupilumab. Avec l'administration supplémentaire de 14 doses, le pseudolymphome cutané à cellules B s'est considérablement amélioré et a presque disparu après 21 doses.

Il s'agit du deuxième cas de pseudolymphome traité avec succès par le dupilumab.

Pour les auteurs, les lésions persistaient depuis 11 ans et se sont complètement améliorées après le traitement par dupilumab, rendant peu probable le caractère spontané de la guérison. 

**Référence :**

Sugiura S, Nakanishi T, Fujimoto N. Cutaneous pseudolymphoma successfully treated with dupilumab. *Eur J Dermatol* 2023 ; 33 : 307-9.

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Keep your English up to scratch!

Didier Carnet, Jean-Pierre Charpy, Philip Bastable

Medical English Department  
Dijon School of Medicine  
didier.carnet55@gmail.com

Dear readers,

Are you ready to brush up your dermatological English? It is our very great pleasure to present the forty-second English corner based on **cytokine**. Don't forget you can use a dictionary to help you with the text, and of course, you should visit our website at <http://anglaismedical.u-bourgogne.fr/> to work on your pronunciation or build your medical vocabulary. The site also includes a talking dictionary, medical videos, exercises, clinical cases, words and expressions for specialists...

**Didier Carnet, Jean-Pierre Charpy, Philip Bastable**  
Medical English Department  
Dijon School of Medicine  
didier.carnet55@gmail.com  
06 61 40 49 54

Interest in the role of cytokines in the onset<sup>1</sup> and persistence of skin diseases has been growing over the years<sup>2</sup>, particularly since<sup>3</sup> the arrival of biologics. These are human-made proteins that are designed<sup>4</sup> to target<sup>5</sup> parts of the immune system that trigger<sup>6</sup> inflammation. They come from a living source (a human or animal) or its products, or may be produced by cutting-edge<sup>7</sup> biotechnology methods. They can be used to treat a variety of medical conditions, including severe psoriasis or urticaria, moderate to severe hidradenitis suppurativa or eczema.

Epidermal keratinocytes, which make up<sup>8</sup> 90% of the epidermis and form a physical barrier, play a major role. These cells are capable of recognizing various cytokines and pathogen-associated molecular patterns<sup>9</sup>, and producing a wide variety<sup>10</sup> of inflammatory cytokines, chemokines, and antimicro-

bial peptides. The immune response of epidermal keratinocytes thus<sup>11</sup> has a major impact on inflammatory skin diseases. Sometimes, cytokine expression by keratinocytes may go into overdrive, causing dysfunction of the epidermal barrier, as observed in diseases, such as atopic dermatitis (AD) and psoriasis.

Biologics are extremely expensive<sup>12</sup>, but may be prescribed when other common treatments fail<sup>13</sup>. They target over-active<sup>14</sup> areas<sup>15</sup> of your immune system, curbing<sup>16</sup> inflammation in the body, thereby<sup>17</sup> lessening<sup>18</sup> symptoms and prolonging periods of remission between flares<sup>19</sup>. They are administered either as an intravenous infusion<sup>20</sup> or an injection. Ideally, candidates for this treatment should be in good general health, with no active infection. Patients with a compromised<sup>21</sup> immune system, pregnant<sup>22</sup> or breast-feeding<sup>23</sup> women and patients receiving vaccinations with live vaccines should not be given biologics. In addition<sup>24</sup>, because biologics may impair<sup>25</sup> the immune system, patients carry an increased<sup>26</sup> risk of mild<sup>27</sup> infections when taking them, and it is important for patients to report<sup>28</sup> any episodes of sinusitis etc. to their doctor early on. Biologics also carry<sup>29</sup> a risk of allergic reactions, which can be mild redness<sup>30</sup> and swelling<sup>31</sup> around the injection site but also very severe, such as anaphylactic shock (difficulty breathing<sup>32</sup>, quickly feeling very unwell<sup>33</sup> and collapse). Anaphylaxis, however, is extremely rare. Other side effects include feeling tired, headaches<sup>34</sup>, and chest infections<sup>35</sup>.

Different cytokines seem to be associated with different skin conditions and different biologics are thus used. For example, for psoriasis, blockade of IL-17 and IL-23 cleared<sup>36</sup> skin better

than did treatments that inhibit TNF-alpha. These treatments are symptomatic and do not cure<sup>37</sup> the disease. However, after regular use, patients report improvement<sup>38</sup> in the physical appearance of their skin, as well as improvement in symptoms and reduced discomfort<sup>39</sup>.

From a practical point of view, these treatments need to be kept<sup>40</sup> in a fridge and patients will need to learn how to self-administer the injections via a pre-filled syringe or an easy-to-use pen-like device<sup>41</sup>. The frequency of the injections can vary from twice<sup>42</sup> a week to once<sup>43</sup> every three months depending on<sup>44</sup> the biologic prescribed.

1. **beginning, starting point** (= début)
2. **over time** (= au fil des ans)
3. **from the time of** (= depuis)
4. **conceived** (= conçues)
5. **aim at, single out** (= cibler)
6. **activate** (= déclencher)
7. **advanced, state-of-the art** (= de pointe)
8. **comprise** (= composent)
9. **arrangements** (= motifs moléculaires)
10. **a wide range of** (= un large éventail de)
11. **as a consequence** (= donc, ainsi)
12. **costly** (= chers)
13. **are unsuccessful** (= échouent)
14. **excessively active** (= hyperactives)
15. **regions** (= régions)
16. **restraining** (= diminuant, limitant)
17. **because of that** (= ainsi)
18. **reducing** (= réduisant)
19. **sudden increase in severity** (= poussées)
20. **the therapeutic introduction of a solution into a vein** (= perfusion)
21. **undermined, diminished** (= affaibli, déficient)
22. **expectant** (= enceintes)

## English corner

- |  |   |
|--|---|
| 23. feeding at the breast (= allaitantes)              | 34. pain in the head (= céphalées, maux de tête)    |
| 24. besides (= en outre)                               | 35. pulmonary infections (= infections pulmonaires) |
| 25. damage, harm (= porter atteinte à)                 | 36. relieved (= a calmé, soulagé)                   |
| 26. higher (= accru, supérieur)                        | 37. treat successfully (= guérir)                   |
| 27. not severe (= légères)                             | 38. betterment, amelioration (= amélioration)       |
| 28. notify someone about (= faire part de)             | 39. disagreeable sensation (= gêne)                 |
| 29. imply (= comportent)                               | 40. stored (= conservés)                            |
| 30. inflammation, rubor (= rougeur)                    | 41. contraption, apparatus (= appareil)             |
| 31. transient enlargement (= gonflement, tuméfaction)  | 42. two times (= deux fois)                         |
| 32. difficulty respiring (= difficultés respiratoires) | 43. one time (= une fois)                           |
| 33. indisposed (= indisposé, souffrant)                | 44. dependent on (= selon, en fonction de)          |

**Exercice 1.** Ce texte comporte plusieurs adjectifs composés.

**Ex. human-made proteins, pen-like device...**

**Les adjectifs composés sont souvent utilisés en anglais là où le français utilise des expressions plus développées.**

**Traduisez les expressions suivantes à l'aide d'adjectifs composés.**

- la dégénérescence maculaire **liée à l'âge**
- une tumeur **de la taille d'une balle**
- une procédure **sans aucun risque**
- une thérapie **à court terme**
- une incision **de huit centimètres de long**
- une patiente **aux pieds plats**
- une sonde **ressemblant à une aiguille**

**Exercice 2.** Le texte comporte également plusieurs noms composés :

**Ex. skin diseases, side effects...**

**À partir du mot eye, faites des noms composés pour traduire les termes français suivants.**

**Ex. globe oculaire = eyeball**

- cil
- paupière
- sourcil
- vue
- oculiste
- gouttes ophtalmiques
- lunettes de protection
- fatigue oculaire
- témoin oculaire

**Correction**  
 Ex. 1. 1. age-related macular degeneration; 2. a ball-sized tumour; 3. a risk-free procedure; 4. a short-term therapy; 5. a three-inch-long incision; 6. a flat-footed patient; 7. a needle-like probe.  
 Ex. 2. 1. eyelash; 2. eyelid; 3. eyebrow; 4. eyelid; 5. eye-doctor; 6. eye drops; 7. eye-guard; 8. eye-protector; 9. eye strain; 10. eyewitness

**Liens d'intérêt :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Les cheveux d'Agnès qui poussent, qui poussent...

Rémi Maghia<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Service de dermatologie, CHRU, Brest

<sup>2</sup> Société française des sciences humaines sur la peau (SFSHP), Maison de la dermatologie, r.maghia@cegetel.net

Nous autres dermatologues aimerions tant avoir le pouvoir de faire pousser à loisir les cheveux et à coup sûr. Alors qu'en est-il avec sainte Agnès ?

## Agnès de Rome, ou sainte Agnès : son histoire extraordinaire

Agnès est née à Rome vers 291. Elle a 12 ou 13 ans quand le fils du préfet de Rome lui fait des avances pressenties. Elle les repousse en lui expliquant qu'elle est fiancée à quelqu'un de bien plus noble (chrétienne pratiquante, elle avait fait vœu de virginité). Le préfet, apprenant que son fils désormais alité est atteint par la maladie d'amour, convoque Agnès : elle lui déclare qu'elle est chrétienne et promise à Jésus-Christ. Le préfet lui ordonne alors de se soumettre aux dieux romains sous peine de la faire enfermer dans un lupanar. Comme elle refuse catégoriquement, on la déshonore violemment en lui ôtant tous ses vêtements et on l'amène toute nue vers la maison de prostitution. C'est alors que se produit un phénomène miraculeux : ses cheveux poussent jusqu'à recouvrir la totalité de son corps, permettant de préserver sa pudeur, « mieux couverte par ses cheveux que par ses vêtements ». Mais cela n'est pas fini : à l'arrivée dans la maison close, un ange la recouvre d'un manteau resplendissant de blancheur et l'enveloppe d'une lumière claire éblouissante. Le lieu de débauche devient immédiatement un lieu de prière. Le fils du préfet vient la voir au lupanar et meurt étranglé par le diable. Le préfet furieux ordonne qu'Agnès soit brûlée en place publique, mais le feu l'épargne et consume les bourreaux. Il faut au final l'égorger d'un coup d'épée pour l'exécuter, à l'âge de 13 ou 14 ans.

Son martyre aurait eu lieu vers 305. L'endroit précis de sa mort serait situé Place Navone à Rome, dans les catacombes de l'église Sainte-Agnès-en-Agone.

## Une sainte chrétienne

C'est une des plus anciennes saintes dont le culte est attesté dès le IV<sup>e</sup> siècle. Agnès est vénérée dans toute la chrétienté, comme vierge et martyre de la pureté, avec une fête le 21 janvier. Ses attributs sont l'agneau blanc, un rameau ou une couronne d'olivier, la palme du martyre, une épée, un bûcher en flamme.

Elle est patronne (entre autres) de la chasteté, de la pureté corporelle, des fiancés, des jeunes filles, des vierges, des victimes de viol. Son nom vient du grec *agnos* qui signifie pur ou chaste. Il n'y a en fait pas de rapport entre l'étymologie grecque et le latin *agnus* (agneau), mais cela n'a pas empêché les romains très tôt de faire le rapprochement avec l'*agnus dei*, l'agneau mystique.

## Ses représentations dans l'art

En général les artistes la représentent enveloppée de sa longue chevelure.

Ou accompagnée d'un ange qui la recouvre d'un manteau.

Ou lors de son martyre, au bûcher ou avant d'être égoragée.

Ou avec un agneau dans ses bras ou à ses pieds, l'analogie entre son nom et le mot latin *agnus* ayant fait que l'animal lui est souvent associé.

En peinture, on peut citer ainsi les œuvres de :

- Vicente Masip : *Martyre de sainte Agnès*, 1540, Musée du Prado.
- Joseph-Désiré Court : *Le Martyre de sainte Agnès*, 1864, musée des Beaux-Arts de Rouen.

## Le tableau de Ribera (ou suiveur ?) à Dresde.

La sainte est représentée agenouillée de profil, dans une attitude corporelle plutôt maladroite, les mains jointes. Son visage nous fait face, avec une expression concentrée sur la prière, très déterminée, les yeux levés vers le ciel. Ses très longs cheveux l'habillent jusqu'au-dessus des genoux. Un ange, émergeant en haut à gauche d'une zone d'ombre, a déployé une longue couverture pour l'aider à se couvrir. Le visage de l'ange est illuminé par la lumière provenant du halo qui enveloppe Agnès.

La composition est extrêmement simple et dépouillée. Les moyens sont très sobres, un jeu d'ombres et de lumière avec une gradation des tons entre le blanc et le brun. Un décor réduit à un sol vaguement quadrillé et au premier plan une cavité dans le sol. Pas d'artifices, très peu d'accessoires, pas d'ornements. Tout concourt à la concentration sur un sujet limité, un intérêt unique.

La figure d'Agnès est franche, directe, simple sans artifice. L'expression de ses yeux est magnifique, avec ce regard relevé. L'artiste fait preuve ici d'une grande délicatesse et de poésie, nous rendant sensible à la grâce de la beauté virgine et à l'atmosphère intensément émotionnelle de cette scène.

## L'art dans la peau



Figure 1. *Sainte Agnès en prison*, José de Ribera, dit l'Espagnolet (1591-1652), 1641, huile sur toile, 203,5 cm x 154 cm, Gemäldegalerie Alte Meister (galerie des maîtres anciens), Dresde, Allemagne. Photo Björn Goldecker.

Le tableau est classiquement attribué à Ribera (figurant sur le catalogue raisonné 1978, avec signature), mais il semblerait actuellement qu'il y ait un

doute sur un imitateur ou un suiveur de Ribera, c'est ce qu'indique actuellement la Gemäldegalerie de Dresde que j'ai interrogée à ce sujet.

### José de Ribera : le maître espagnol de Naples

Né en 1591 à Xàtiva près de Valence en Espagne et mort en 1652 à Naples, il est aussi nommé *lo Spagnoletto* (« l'Espagnolet ») car de petite taille, ou Jusepe Ribera en italien. En effet, il a fait toute sa carrière en Italie. Peintre et graveur de l'époque baroque, il est notamment un des plus grands représentants de l'école napolitaine de peinture du XVII<sup>e</sup> siècle.

Il figure au plus haut niveau la tendance du caravagisme napolitain (années 1620), à partir duquel il génère le courant du ténébrisme, caractérisé par une représentation violente et brutale de la réalité, accentuée par des détails physiques ou psychiques des personnages représentés. Son style a évolué au fil du temps, luministe

(années 1630), avec éclaircissement de la palette et influence du classicisme des maîtres vénitiens du XVI<sup>e</sup> siècle, Titien et Véronèse. À partir des années 1640, il est atteint d'une maladie neurodégénérative, qui va réduire son volume de production dans sa dernière période. À noter que dans celle-ci, il a été le maître de Luca Giordano, autre grand peintre napolitain.

Pour ses représentations des martyrs, Ribera, dans sa période naturaliste caravagesque des années 1620, le faisait en montrant des personnages hurlants et désespérés. Avec son évolution luministe des années 1630, il représente les martyrs davantage au travers de leurs états d'âme, l'impact émotionnel restant fort grâce à l'atmosphère de silence et de résignation qui les entoure. Cela ne l'empêche cependant pas, à partir des années 1630, de faire parfois des retours à sa première phase sombre. 🗨️

**Liens d'intérêt :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Le sarrasin et la galette bretonne (« Kaletez »)

Danielle Bouilly

Dijon

bouilly-avray.danielle@wanadoo.fr



## Mythe et réalité

Faisons le point sur ce symbole fort de la gastronomie bretonne, **la galette de sarrasin**, et sur sa recette emblématique, qui compte des adeptes dans le monde entier !

**L'histoire** de ses origines est faite de mythe et la réalité serait tout autre selon Erwan Le Gall (docteur en histoire, associé au Centre de recherche bretonne et celtique).

## Le mythe

Comme le chante une comptine célèbre : « *J'aime la galette, savez-vous comment ? Quand elle est bien faite, avec du beurre dedans...* ». « *Bien faite* », oui ! Mais par qui ? Et là, on entend déjà la réponse des Bretons ! Selon la Fédération française de la crêperie, sur 4 000 établissements en France, 1 600 se trouvent sur le sol breton. Aucun doute : la Bretagne en a donc le monopole, une vraie fierté régionale.

## Mais est-elle née en Bretagne ?

Selon Éric Birlouez, sociologue de l'alimentation, le sarrasin, ce « blé noir »

aurait été introduit en Bretagne à l'époque des Croisades, apporté par les Hollandais, au XIII<sup>e</sup> siècle, puis mis en culture sous l'impulsion de la Duchesse Anne de Bretagne, un siècle plus tard. Il est consommé sous forme de galette qui devient la base de l'alimentation, dans ces régions pauvres, se mangeant à la main comme du pain ou découpée en lanières et trempée dans la soupe. Dès la fin du XV<sup>e</sup>/début XVI<sup>e</sup> siècle, c'est le « *pain du pauvre* » qui va disparaître au XX<sup>e</sup> siècle, sauf dans le Finistère, où la tradition perdurera. Ainsi, dans les années 1960, le vendredi, les Bretons allaient en famille chez la Crêpière du village manger la galette en y apportant les ingrédients.

## La réalité

« Est-il possible qu'une souveraine, aussi puissante soit-elle, puisse ordonner la généralisation de la culture d'une plante ? » (E. Le Gall). D'ailleurs, le sarrasin était présent depuis très longtemps en Bretagne, des archéobotanistes ont retrouvé des semences qui remonteraient au X<sup>e</sup> siècle et des particules qui dateraient de l'âge du Bronze.

**Mais présence n'égale pas culture !**, qui, elle, s'impose dans la région, aux alentours des XV-XVI<sup>e</sup> siècles.

Les premières mentions écrites de sarrasin datent de 1460 dans un cartulaire sur Avranches « *frumentorum sarracenorum* », de 1497 à Rennes, 1502 près de Fougères, 1508 à Longouit, et près de Quimper deux ans plus tard. Les ports ont joué un rôle important dans son histoire, surtout ceux qui commerçaient avec La Hanse (association de

villes marchandes du nord de l'Europe). Les Croisés n'auraient donc rien à voir avec l'arrivée de cette petite graine en Bretagne, il vaut mieux se tourner vers les contrées chinoises, véritable berceau de ses origines.

Et pour tordre le cou à la légende :

- **sa culture** se retrouve dans de nombreuses régions françaises comme la Lozère, l'Auvergne, la Champagne, la Sologne, la Normandie (E. Birlouez) ; en revanche, la péninsule armoricaine lui témoigne un réel attachement, et sa culture va se concentrer au centre Bretagne où elle représente 4 % des terres labourées (enquête agricole de 1866) ;
- **son nom** ne vient pas de sa couleur foncée, comparée à celle de la peau des Sarrasins, mais a été donné plusieurs siècles auparavant par le peuple d'Orient ; c'est le *sarrasin* en France, le *heiderkorn* en Allemagne (blé du pauvre) et le *grano sarraceno* en Italie (blé sarrasin).

**Mais chacun s'accorde** sur sa consommation très importante aux XVIII<sup>e</sup>/XIX<sup>e</sup> siècles.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, la galette se pare d'un œuf après sa cuisson, c'est le *Pâté Bêcherel*, fait de deux galettes surmontées d'un œuf miroir et servi dans les grandes occasions. Elle est citée chez Stendhal qui la mentionne dans ses *Mémoires d'un touriste* en 1838 : « ... la partie de la Bretagne où l'on parle breton, fait une galette de farine de blé noir... ».

Depuis 1906, il existe un **label « crêperies gourmandes »** qui porte attention aux crêperies de Bretagne qui respectent les qualités requises par le



## Recette

Comité de tourisme de Bretagne quant à la fabrication des galettes.

Depuis les années 1960, à la création de la PAC, la culture du sarrasin est détournée au profit de celles du maïs et du blé, beaucoup plus rentables, mais en 2010, face à l'engouement pour cette graine, une **IGP** est créée pour cinq départements bretons.

### Cette petite graine a bien des qualités !

Sa culture va s'implanter d'autant plus facilement qu'elle est peu gourmande, demande peu d'entretien, et est plutôt généreuse en termes de rendement ; elle est insensible aux maladies comme l'ergot de seigle et ne nécessite donc aucun traitement chimique, pousse en trois mois environ (« *plante des cent jours* »), permettant de nombreuses combinaisons dans les assolements et se plaît sur les terres acides et légères de Bretagne.

Ce n'est pas une céréale mais une *polygonacée* de la famille de la rhubarbe. Elle se pare de petites fleurs roses, odorantes, riches en un nectar très apprécié des abeilles ; ses graines au goût de noisette révèlent de nombreuses qualités nutritives, n'a-t-elle pas été élue plante médicinale de l'année en 1999 ? Elle ne contient *pas de gluten*, est très riche en protéines végétales (plus que le froment), a un excellent rapport glucides/protéines (pour les sportifs), *peu calorique*, riche en fer, vitamine du groupe B (B3 surtout), et K, trois fois plus riche en magnésium que le blé, elle contient aussi du cuivre, du phosphore, du zinc, du cobalt, *de la rutine* (antioxydant, protecteur des vaisseaux sanguins), de l'acide phénolique, des flavonoïdes et des acides aminés essentiels.

**En herboristerie**, on conseille le sarrasin en tisane pour ses vertus détoxifiantes.

**En médecine ayurvédique** (pour les émules !) : « *Il a un virya plutôt chaud, calme kapha par son côté léger et peut augmenter vata et pitta* ».

C'est **une plante très allergisante** qui représente 2 à 3 % des allergies alimentaires avec des réactions potentiellement très sévères (0,1 à 0,001 cas pour 10 000 selon les pays, comme le Japon où il est consommé sous forme de nouilles ou soba), avec des réactions croisées : latex, noix de coco, quinoa, graines de pavot. Il est responsable d'allergies respiratoires en cas de rembourrage des oreillers (dans les pays asiatiques). Elle contient de la *fagopyrine*, qui lui confère sa couleur et se révèle très photosensibilisante.

**En cosmétologie**, elle est utilisée avant la maturation des graines, à l'éclosion des fleurs, et est utilisée comme détoxifiant et protecteur sous forme de gommages, de baumes démaquillants, de masques grâce aux *flavonoïdes* et à l'*acide phénolcarbonique*.

**En cuisine**, il existe de multiples recettes mais la base reste la même : farine de sarrasin, sel, eau. La pâte est étalée sur une tuile ou *billig* en breton (faite de fer forgé ou de fonte depuis le *xv<sup>e</sup>* siècle. Avant, il s'agissait peut-être de terre cuite ou pierre ronde dite « *jalète* ») bien graissée au beurre et chauffée dans une cheminée ou un fourneau (selon une méthode savante d'après l'autrice

culinaire de la *Cuisine bretonne*, Simone Morand, tout cela avant l'arrivée du gaz et de l'électricité !) et étirée suivant un mouvement circulaire à l'aide d'un *rozell* ou raclette en forme de petit râteau. Dès que les bords commencent à se détacher, on la retourne avec une « *tournette* ». Ensuite, on nettoie la tuile avec un produit gras. C'est un plat en soi, sans garniture, quelquefois émietté dans un bol de cidre (galette poêlée au beurre) ou dans du lait ribot. Depuis les années 1950, la galette s'est enrichie de différents compléments (œufs, jambon, fromage comme dans la « *complète* ») sans oublier la galette saucisse (cf. précédent numéro de *Dermato Mag*).

### Une recette de galette

Celle de la cheffe bretonne, Marthe Bleuzen du Pontavice, qui reconnaît « *avec l'expérience, je travaille au pif et vois quand c'est assez liquide* ».

Proportions des ingrédients : pour 500 g de farine, il faut 15 g de gros sel et un litre d'eau.

C'est une pâte assez difficile à travailler car elle ne contient pas de gluten (éviter de la noyer !). Pour bien l'aérer, il faut la battre longtemps avec un batteur



## Recette

électrique pour incorporer le maximum d'air à l'origine des petits trous caractéristiques de cette pâte. Il faut ensuite impérativement la laisser reposer un minimum de 4 heures, voire une nuit, pour permettre la fermentation.

On mélange donc farine et sel dans un saladier et on ajoute progressivement l'eau tout en battant (environ 5 minutes). On recouvre d'un film et on laisse reposer une nuit si possible ; le lendemain, on la cuit dans une poêle (ou sur un billig) bien chaude et généreusement graissée.

### Pour l'accompagner ?

Du **cidre** comme on s'y attend traditionnellement, les Bretons étant pauvres et ne produisant pas de vin, ayant pléthore de pommes et en faisaient du cidre, à la manière de leurs Ancêtres.

Un vin léger, pétillant, un vin de copains comme **les crémants** blancs de la Loire, d'Alsace ou de Bourgogne.

Et pourquoi pas du **champagne** ? Ce serait l'élégance à la campagne en proposant un repas champêtre chic !

### Mes sources :

Le Gall E. *Le plat des pauvres !* Bécédia [en ligne], ISSN 2968-2576, mis en ligne le 21/03/2019. <https://bcd.bzh/becedia/fr/le-plat-des-pauvres>

Le Gall E. *Le blé noir : mythes et réalités d'une culture emblématique en Bretagne.* Bécédia [en ligne], ISSN 2968-2576, mis en ligne le 21/03/2019. <https://bcd.bzh/becedia/fr/le-ble-noir-mythes-et-realites-d-une-culture-emblematisque-en-bretagne>

Norbäck D, Wieslander G. A Review on Epidemiological and Clinical Studies on Buckwheat Allergy. *Plants* 2021 ; 10 (3) : 607.

Smith VA. *Traité de Diététique Ayurvedique.* Éditions Turiya, 2016.

Andrieux JY, Harismendy P. *L'assiette du Touriste, une quête de l'authenticité.* Presses Universitaires de Rennes, 2013.

Bleuzen du Pontavice M. *Crêpes et Galettes. Du Froment au Blé Noir. Un tour de Bretagne gourmand.* Coop Breizh, 2012.



**Liens d'intérêt :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# La rédaction pour la recherche en santé

Un guide pratique pour vos publications

## Les clés essentielles pour écrire vite et mieux



Collection Méthodo  
Novembre 2023  
16 x 24 cm • 336 pages

Formats disponibles  
livre papier • ebook

À partir de  
32.99 €

Au travers des 35 chapitres qui constituent cet ouvrage didactique, **Hervé Maisonneuve, Marie-Eve Rougé-Bugat et Evelyne Decullier** réunissent les informations essentielles de la publication en santé dans l'objectif d'acquérir un « **savoir-écrire** » scientifique.

Article de recherche, revue de littérature, thèse, cas clinique, abstract, communication pour un congrès... tous les écrits scientifiques sont abordés et les règles propres à chacun, décrites avec grande rigueur.

Nourri d'abondantes références, illustrations et conseils, ce guide accompagnera chacune et chacun dans une méthodologie pas à pas, de la recherche jusqu'à la diffusion des résultats.

### Hervé Maisonneuve

a été professeur associé de santé publique et a une activité de conseil en rédaction et intégrité scientifiques. Rédacteur du blog « Revues et intégrité », il voue une véritable passion pour le savoir et la transmission des savoirs.

### Marie-Ève Rougé-Bugat

est professeure en médecine générale et titulaire d'un DES en oncologie. Rédactrice associée de *La Presse Médicale Open*, elle a également participé à des comités de rédaction de journaux scientifiques.

### Évelyne Decullier

est docteure en statistiques et santé et accompagne des chercheurs depuis l'idée de recherche jusqu'à la publication. Elle est membre du Conseil d'orientation de l'Office français de l'intégrité scientifique.

En  
savoir  
+



librairie medicale.com

# librairie medicale.com

Livres



Ebooks



Chapitres  
à l'unité



Livraison à 0.01 €  
selon destination



Plus de  
800 ouvrages



Expédition  
sous 24h



Livraison adaptée  
domicile / travail / retrait



Paiement sécurisé  
CB / Paypal / chèque, ...



Service client  
à votre écoute

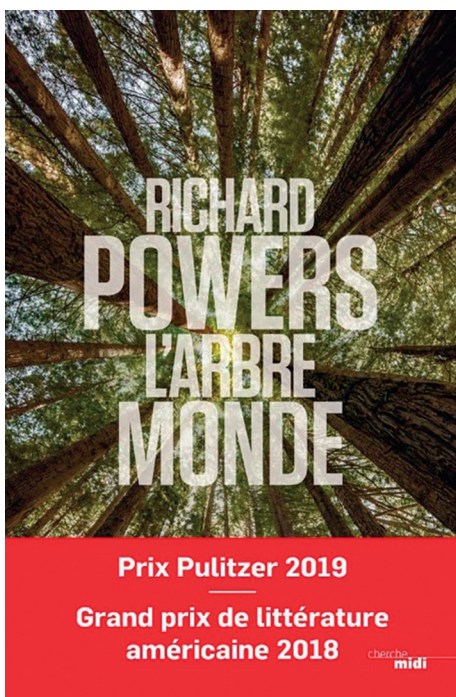
# Le coin des livres

Jean-Paul Claudel

Tours

jpolclaudel@gmail.com

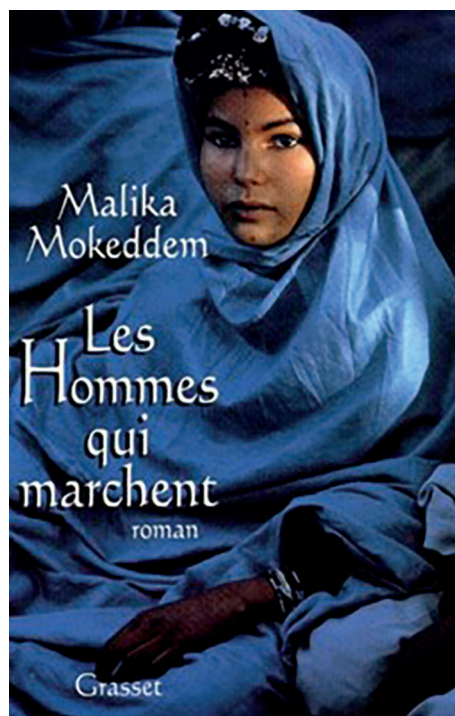
Difficile de ne pas être oppressé, entouré de cette violence omniprésente relayée en continu par les médias... Alors, la lecture. Ce véhicule magique qui nous emmène, loin de nous ou en nous, loin des autres ou avec les autres est indispensable pour retrouver le calme. Et même si les histoires sont tristes ou terrifiantes, l'évasion est là.



**L'Arbre-Monde**  
Richard Powers  
Cherche Midi, 2018

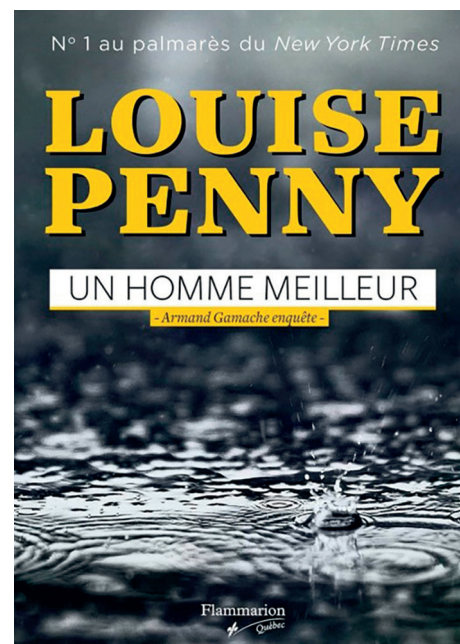
Ce livre est un condensé de genre littéraire. Politique, écologique, scientifique et poétique. Neuf individus vont par des chemins différents se retrouver en Californie où un magnifique Sequoia est menacé de destruction. Après avoir lu ce roman-fleuve – qui parfois peut égarer le lecteur dans un foisonnement digne d'une forêt amazonienne – on ne regarde plus un arbre de la même manière. Il est notre ami depuis toujours et il sait communiquer avec ses

semblables, les aider aussi. Chaque graine se souvient, chaque feuille est une histoire, chaque racine nous ancre dans cette terre nourricière. Roman magnifique et bouleversant où la forêt est l'héroïne.



**Les hommes qui marchent**  
Malika Mokeddem  
Grasset, 1997

*Les hommes qui marchent* est à la fois une très belle saga familiale autour des femmes dont Zohra la vieille nomade qui a dû se sédentariser et sa petite fille Leila rebelle et lumineuse qui va lutter pour échapper aux traditions et au destin morne d'une femme algérienne du milieu du xx<sup>e</sup> siècle. L'auteure nous dépeint l'Algérie entre l'armistice de 1945 et la guerre d'indépendance avec ses espoirs de liberté et le glissement vers l'intégrisme.



**Un homme meilleur.** Armand Gamache enquête  
Louise Penny  
Flammarion Québec, 2020

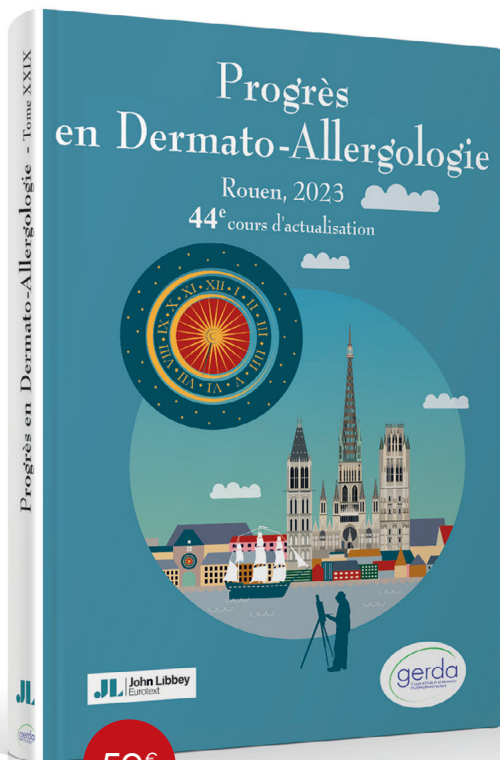
Cet ouvrage nous permet de retrouver l'inspecteur Gamache et l'équipe de Three pines. Pour les amateurs de romans policiers, il est impossible de résister. Donc, encore une fois, je me suis plongé dans ce Québec qui subit une crue printanière sans précédent avec ces décisions politiques difficiles pour éviter le pire. L'inspecteur et la peintre Clara sont aussi dans la tourmente des insultes et dénigrement via les réseaux sociaux. Dans ce climat délétère, il va falloir toute l'énergie et la perspicacité des enquêteurs pour essayer de retrouver une jeune femme enceinte disparue...

Avant de parler, Gamache s'interroge toujours avec ces trois questions-clés : « Est-ce vrai ? Est-ce gentil ? Est-ce nécessaire ? ». Nombre de nos politiciens pourraient s'en inspirer...

Bonne lecture à toutes et à tous !

# Progrès en Dermato-Allergologie

44<sup>e</sup> Cours d'actualisation, Gerda 2023



59<sup>e</sup>

Octobre 2023  
17 x 25 cm  
352 pages  
978-2-7420-1738-6



Le Groupe d'études et de recherches en dermato-allergologie (GERDA) organise chaque année son congrès annuel d'actualisation des connaissances de la discipline.

Le « Cours » qui en est issu est une référence en la matière, très attendu des spécialistes, novices et expérimentés.

Les thématiques abordées sont nombreuses et variées, centrées sur l'actualité et la pratique clinique, et témoignent des progrès réalisés dans le domaine et de son dynamisme: **allergies de contact, urticaire, dermatite atopique, allergies professionnelles, toxidermies et leurs séquelles, désordres mastocytaires et atteintes oculaires de l'atopie.**

Coordinatrice

**Dr Florence Tétart,**

*Centre Erik Satie d'Allergologie et de Nutrition,  
Hôpital Charles Nicolle, CHU de Rouen*

En savoir +



libraiemedicale.com

# libraiemedicale.com

Livres



Ebooks



Chapitres à l'unité



Livraison à 0.01 €  
selon destination



Plus de  
800 ouvrages



Expédition  
sous 24h



Livraison adaptée  
domicile / travail / retrait



Paiement sécurisé  
CB / Paypal / chèque, ...



Service client  
à votre écoute



Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - Bât. A / 30 rue Berthollet, 94110 Arcueil, France • RCS Créteil 328 195 904 • APE: 5814Z / SIRET: 328 195 904 00045. [contact@jle.com](mailto:contact@jle.com)



**NOUVELLE INDICATION**

Pour les patients souffrant  
d'hidradénite suppurée (HS) modérée à sévère <sup>(1)</sup>

**DIMINUER  
LEURS SYMPTÔMES <sup>(1)</sup>**

**AMÉLIORER  
LEUR QUOTIDIEN <sup>(1)</sup>**

290664 - 23/07/163549069/PM/020 - Juillet 2023 © Copyright Novartis Pharma SAS



**Le 1<sup>er</sup># et seul anti-IL-17\* indiqué dans l'hidradénite suppurée <sup>(1)</sup>**

**8 ans de commercialisation <sup>(1)</sup>**

**1 million de patients traités dans le monde <sup>(2)</sup>**

**Cosentyx<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement de l'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil) active, modérée à sévère, chez les adultes en cas de réponse insuffisante au traitement systémique conventionnel de l'HS. <sup>(1)</sup>**

Médicament non remboursé et non agréé aux collectivités à la date de juillet 2023 (demande d'admission à l'étude).

**Médicament d'exception : prescription dans le respect des termes de la FIT**

Pour une information complète, vous pouvez consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit en flashant ce QR code ou directement sur le site internet : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre Régional de Pharmaco-Vigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, ou en médecine interne. Cosentyx<sup>®</sup> est destiné à être utilisé sous la conduite et sous la surveillance d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement des pathologies pour lesquelles Cosentyx<sup>®</sup> est indiqué.

# En date du 26/05/2023 (date d'obtention de l'AMM). \* En date du 27/07/2023.

(1) Résumé des Caractéristiques du Produit Cosentyx<sup>®</sup>.

(2) Données internes du Laboratoire Novartis.

